

Comprendre le cancer du poumon

Guide d'information et de dialogue à l'usage
des personnes malades et de leurs proches

2003

Ce guide d'information et de dialogue a pour but d'aider les hommes et les femmes atteints d'un cancer du poumon et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements.

Ce guide aborde exclusivement le cancer du poumon non à petites cellules, forme la plus fréquente du cancer du poumon.

Une information compréhensible et adaptée aide à mieux vivre la maladie. C'est la raison pour laquelle ce guide a été élaboré. Nous tentons d'expliquer, avec des mots que nous avons souhaités simples et clairs, ce que les médecins savent actuellement du cancer du poumon, de ses traitements et de ses conséquences.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide est constitué de chapitres qui se lisent de façon indépendante. Chaque chapitre peut être consulté en fonction des besoins d'information de chacun.

Les informations clés, situées à la fin de chaque chapitre, correspondent aux éléments essentiels identifiés et formulés par des patients, d'anciens patients et leurs proches qui ont participé à l'élaboration de ce guide.

Un glossaire, « **Les mots et leur sens** », situé à la fin du document, explique le vocabulaire médical employé dans ce guide, ainsi que les mots les plus souvent utilisés par les médecins et les équipes soignantes. Les mots du glossaire sont identifiés par un astérisque dans le texte.

Vous trouverez dans ce guide les informations essentielles sur le cancer du poumon et sa prise en charge. Pour les personnes qui souhaitent en savoir davantage, un deuxième guide SOR SAVOIR PATIENT *En savoir plus sur le cancer du poumon* est également disponible.

Copyright© FNCLCC 2003 – Tous droits réservés

Fédération nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
101, rue de Tolbiac 75013 Paris
Tél : 01 44 23 04 68 – Fax : 01 45 82 07 59
Mail : fncclcc@fncclcc.fr – Internet : www.fncclcc.fr

La Ligue Nationale Contre le Cancer
Tél : 01 53 55 24 00 – Fax : 01 43 36 91 10
Internet : www.ligue-cancer.asso.fr
Ecoute cancer : 0 810 810 821



Comprendre le cancer du poumon

Guide d'information et de dialogue à l'usage
des personnes malades et de leurs proches

2003



Sommaire

Introduction	3
1 Le cancer du poumon	10
2 Le diagnostic	17
3 Les traitements possibles	23
4 La surveillance	40
5 Mieux vivre	45
Les mots et leur sens	49



Introduction

Le cancer est une maladie très fréquente : 278 000 nouveaux cas de cancer sont apparus en France en 2000.

Le cancer du poumon représente la première cause de décès chez l'homme et la troisième chez la femme. Lorsque le cancer est découvert, la vie de famille, de couple et professionnelle se trouve profondément modifiée.

Grâce aux résultats de la recherche, le cancer du poumon est aujourd'hui mieux connu. Ces études ont permis d'améliorer son diagnostic et son traitement.

Tous les patients atteints d'un cancer du poumon n'ont pas le même cancer ; ils n'ont donc pas le même traitement. Le médecin propose à chacun un traitement adapté à sa situation. C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérison.

Quel est l'objectif de ce guide ?

Ce guide SOR SAVOIR PATIENT a pour but d'aider les patients et leurs proches à mieux **comprendre** le cancer du poumon et ses traitements.

Ce guide est là pour aider à mieux poser ses questions et **faciliter le dialogue** patient-médecin. Il permet de retenir plus facilement les explications du médecin et de l'équipe soignante. Il ne se substitue pas aux informations proposées par le médecin et ne peut pas remplacer la relation individuelle et personnelle entre le médecin et le patient.

Les informations de ce guide peuvent être consultées à domicile, ce qui permet d'en discuter avec les membres de sa famille ou de son entourage.



Introduction

Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Ce guide *Comprendre le cancer du poumon* est issu du projet SOR SAVOIR PATIENT (Standards, Options et Recommandations pour le Savoir des Patients), mené par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) et les 20 Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer (CRLCC), en collaboration avec la Ligue Nationale Contre le Cancer, la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires (FNCHRU) et la Fédération de Cancérologie des Centres Hospitaliers Généraux (FCCHG).

Les guides SOR SAVOIR PATIENT visent à améliorer la qualité des soins des personnes atteintes de cancer. C'est un outil d'information utilisable dans une démarche d'éducation thérapeutique* du patient et de leurs proches.

Les guides SOR SAVOIR PATIENT ont pour objectifs de :

- mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée et compréhensible ;
- faire en sorte que les personnes assimilent mieux les connaissances médicales essentielles concernant leur maladie et ses traitements ;
- faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante ;
- permettre aux patients de mieux participer aux choix de leurs traitements.

Les informations médicales de ce guide sont extraites d'un document scientifique élaboré par des experts spécialistes du cancer du poumon : les *Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules*. Ce document médical, destiné aux médecins spécialistes, résume les résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques dans le domaine du cancer. En effet, plus de 3 000 articles par mois sont publiés sur le cancer. Les résultats de la recherche permettent de définir les meilleurs traitements pour les différents types de cancer. On distingue les **Standards***, les **Options*** et les **Recommandations***, abrégés en SOR.

Les SOR, qui existent pour différents types de cancer, ont pour objectif d'aider les médecins à choisir les meilleurs traitements pour leurs patients. Ces SOR, écrits pour des spécialistes, sont disponibles soit sous forme d'un livre auprès de la FNCLCC (101 rue de Tolbiac - 75013 PARIS - Tél. 01 44 23 04 68), soit sur le site internet de la FNCLCC (www.fnclcc.fr).

Le guide *Comprendre le cancer du poumon* est une version adaptée du document destiné aux spécialistes. Il s'agit d'une « traduction » en langage non scientifique de ces recommandations. Cette traduction a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire associant des spécialistes du cancer, des professionnels paramédicaux, des chargés de missions en santé et des spécialistes du langage (voir Membres du groupe de travail).

Plus de 40 patients et d'anciens patients accompagnés de proches ont été impliqués dans ce travail lors de réunions, d'entretiens individuels et à l'aide de questionnaires. Cette participation a permis d'adapter les informations aux besoins que ces personnes ont exprimés. Certaines d'entre elles ont participé directement à la rédaction de ce guide. Elles ont notamment rédigé les informations clés situées à la fin de chaque chapitre.

L'ensemble des informations médicales de ce guide a été validé par des spécialistes du cancer du poumon (voir la liste des membres du groupe de travail et des relecteurs).

Le présent guide concerne le cancer du poumon le plus fréquent, le cancer du poumon non à petites cellules non métastatique. Il n'aborde pas :

- d'autres formes de cancer du poumon ;
- les cancers métastatiques et le traitement des **récidives*** ;
- la prise en charge de la douleur et de la fatigue.

Ces thèmes sont abordés de façon détaillée dans d'autres guides d'information et de dialogue (voir p. 64).



Introduction

Membres du groupe de travail

Nous remercions chaleureusement les patients et leurs proches qui, par leur implication et leurs commentaires, ont contribué considérablement à l'élaboration de ce guide : Nicole T., Rolande B., Annie G., Geneviève C., Marie-Françoise L., Didier M., Michel G., André C., Daniel R., Rémy G., Robert R., Roger F., Dominique H., Philippe K. et tous les autres.

Coordonnateur :

S. Theobald, médecin de santé publique, Centre Paul Strauss, Strasbourg.

Méthodologiste :

J. Carretier, FNCLCC, Paris (chargé de mission en santé).

P. Bergerot, oncologue radiothérapeute, Centre Etienne Dolet, St-Nazaire ; **S. Brusco**, FNCLCC, Paris (méthodologiste) ; **R. Blondet**, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon ; **P. Deguiral**, oncologue médical, Centre Etienne Dolet, St-Nazaire ; **V. Delavigne**, FNCLCC, Paris (linguiste) ; **B. Fervers**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon ; **H. Hoarau**, Bordeaux (anthropologue de la santé) ; **L. Leichtnam-Dugarin**, FNCLCC, Paris (chargée de mission en santé) ; **A. Livartowski**, pneumologue, Institut Curie, Paris ; **B. Milleron**, pneumologue, Hôpital Tenon, Paris ; **T. Philip**, pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon ; **P. Rebattu**, pneumologue, Centre Léon Bérard, Lyon ; **M. Véron**, Paris (cadre infirmier) ; **J.-J. Voigt**, pathologiste, Institut Claudius Regaud, Toulouse.

Relecteurs

P. Astoul, pneumologue, Hôpital de La Conception, Marseille ; **P. Baldeyrou**, pneumologue, Clinique Bizet, Paris ; **E. Bardet**, radiothérapeute, Centre René Gauducheau, Saint Herblain ; **J.-P. Basuyau**, biologiste, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **A. Bataillard**, médecin généraliste, FNCLCC, Paris ; **B. Bazelly**, chirurgien, Hôpital Tenon, Paris ; **P. Bonnette**, chirurgien Hôpital Foch, Suresnes ; **J.-M. Bréchet**, pneumologue, Hôtel Dieu, Paris ; **J.-L. Breton**, pneumologue, Centre Hospitalier, Belfort ; **J. Brugère**, Ligue Nationale contre le Cancer, Paris (conseiller médical) ; **J. Cadranel**, pneumologue, Hôpital Tenon, Paris ; **M.-F. Carette**, radiologue, Hôpital Tenon, Paris ; **J.-C. Carrier**, radiologue, Centre hospitalier, Villefranche-sur-Saône ; **J.-P. Chevalier**, pneumologue, Centre Hospitalier, Annecy ; **C. Clary-Meinesz**, pneumologue, Hôpital Pasteur, Nice ; **B. Coudert**, oncologue médical, Centre G. François Leclerc, Dijon ; **A. Depierre**, pneumologue, Hôpital Saint Jacques, Besançon ; **F. Dhermain**, radiothérapeute, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **J.-Y. Douillard**, oncologue médical, Centre René Gauducheau, Saint-Herblain ; **B. Dubray**, radiothérapeute, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **I. Durand-Zaleski**, médecin de santé publique, Hôpital Henri Mondor, Créteil ; **P. Durieux**, médecin de santé publique, Hôpital Georges Pompidou, Paris ; **D. Dusser**, pneumologue, Hôpital Cochin, Paris ; **N. Eche**, oncobiologiste, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **E. Esteves**, FNCLCC, Paris (assistante) ; **M. Frenay**, oncologue médical, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; **B. Gasser**, pathologiste, Hôpital civil, Strasbourg ; **E. Gormand**, radiologue, Infirmerie Protestante, Lyon ; **P. Grenier**, radiologue, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris ; **M. Grivaux**, pneumologue, Centre Hospitalier Général, Meaux ; **P. Icard**, chirurgien, Centre Hospitalier Universitaire, Caen ; **P. Jacoulet**, pneumologue, Hôpital Saint Jacques, Besançon ; **A. Joveniaux**, pneumologue, Centre Oscar Lambret, Lille ; **L. Kaluzinski**, oncologue médical, Centre Hospitalier Louis Pasteur, Cherbourg ; **G. Kantor**, radiothérapeute, Institut Bergonié, Bordeaux ; **A. Khalil**, radiologue, Hôpital Tenon, Paris ; **J.-P. Kleisbauer**, pneumologue, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille ; **J.-L. Lagrange**, radiothérapeute, Henri Mondor, Créteil ; **T. Le Chevalier**, oncologue médical, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **E. Lemarie**, pneumologue, CHU Hôpital Bretonneau, Tours ; **C. Le Pechoux**, radiothérapeute, Institut Gustave Roussy, Villejuif ;



Introduction

F. Lesaunier, radiothérapeute, Centre François Baclesse, Caen ; **C. Lévy**, radiothérapeute, Centre François Baclesse, Caen ; **Y. Martinet**, pneumologue, CHU Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-Les-Nancy ; **G. Massard**, chirurgien, CHRU Hôpital Civil, Strasbourg ; **J. Maublant**, médecin nucléaire, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand ; **P. Mere**, radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon ; **D. Moro-Sibilot**, pneumologue, Hôpital Nord Albert Michallon, Grenoble ; **J.-C. Normand**, médecin du travail, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite ; **B. Padovani**, radiothérapeute, Hôpital Pasteur, Nice ; **M. Paesmans**, biostatisticienne, Institut Jules Bordet, Bruxelles ; **M. Pascual**, médecin du travail, FNATH, Paris ; **M. Pérol**, pneumologue, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon ; **J.-P. Pignon**, biostatisticien, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **A. Prevost**, pneumologue, Centre Jean Godinot, Reims ; **J.-L. Pujol**, pneumologue, CHR Hôpital Arnaud de Villeneuve, Montpellier ; **A.-E. Quoix**, pneumologue, Hôpital civil, Strasbourg ; **E. Ranfaing**, pathologiste, CHU Hôpital Jean Minjot, Besançon ; **P. Ravaud**, médecin de santé publique, Hôpital Bichat, Paris ; **I. Ray-Coquard**, oncologue médical, Centre Léon Bérard, Lyon ; **M. Riquet**, chirurgien, Hôpital Laënnec, Paris ; **A. Rivière**, oncologue médical, Centre François Baclesse, Caen ; **H. Sancho-Garnier**, médecin de santé publique, Centre Val d'Aurelle, Montpellier ; **P. Saltel**, psychiatre, Centre Léon Bérard, Lyon ; **P.-J. Souquet**, pneumologue, Hôpital Lyon Sud, Pierre-Bénite ; **D. Spaeth**, oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Nancy ; **A. Stoebner-Delbarre**, médecin de santé publique, Centre Val d'Aurelle, Montpellier ; **L. Thiberville**, pneumologue, CHU Charles-Nicolle, Rouen ; **E. Touboul**, radiothérapeute, Hôpital Tenon, Paris ; **C. Tuchais**, pneumologue, Centre Paul Papin, Angers ; **P. Thomas**, chirurgien, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille ; **V. Trillet-Lenoir**, oncologue médical, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre Bénite ; **M. Untereiner**, radiothérapeute, Clinique Claude Bernard, Metz ; **T. Urban**, pneumologue, Centre Hospitalier Universitaire, Angers ; **F. Varlet**, pneumologue, Cabinet médical, Bethune ; **F. Vaylet**, pneumologue, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart ; **P. Verelle**, radiothérapeute, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand ; **A. Vergnenègre**, pneumologue, Hôpital du Cluzeau, Limoges ; **J.-M. Vergnon**, pneumologue, CHU St-Etienne Hôpital Nord, St-Etienne ; **A. Voloch**, oncologue médical, Centre médical Parot de Rillieux-La-Pape, Lyon ; **V. Weesteel**, pneumologue, CHU Hôpital St Jacques, Besançon.

Membres du comité d'organisation des SOR

T. Philip, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif) ; **B. Fervers**, directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif) ; **P. Bey**, représentant du Conseil d'administration de la FNCLCC, radiothérapeute, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif) ; **D. Maigne**, délégué général de la FNCLCC, FNCLCC, Paris (Bureau exécutif).

A. Bataillard, coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **G. Gory-Delabaere**, méthodologiste, pharmacien, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **L. Bosquet**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **N. Fabre**, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **S. Rousmans**, méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **E. Luporsi**, méthodologiste associé, oncologue médical, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **S. Theobald**, méthodologiste associé, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes) ; **F. Farsi**, référent réseau, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris (SOR spécialistes).

S. Brusco, méthodologiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **J. Carretier**, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **V. Delavigne**, linguiste, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **E. Esteves**, assistante, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT) ; **L. Leichtnam-Dugarin**, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (SOR SAVOIR PATIENT).

M. Haugh, responsable SOR projets internationaux, biochimiste, FNCLCC, Paris (Projets internationaux) ; **V. Millot**, secrétaire, FNCLCC, Paris (Projets internationaux).

S. Guillo, documentaliste scientifique, FNCLCC, Paris (Documentation) ; **A.-G. Guy**, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris (Documentation).

S. Debuiche, responsable administrative, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **H. Borges-Paninho**, chargée de la gestion des documents, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **D. Gouvrit**, assistante, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **L. Pretet**, assistante, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial) ; **E. Sabatier**, secrétaire, FNCLCC, Paris (service administratif et éditorial).

1 Le cancer du poumon

Qu'est-ce qu'un poumon ?	10
Qu'est-ce qu'un cancer ?	12
Qu'est-ce qu'un cancer du poumon ?	12
■ Est-ce un cancer fréquent ?	12
■ Existe-t-il différents types de cancer du poumon ?	13
■ Existe-t-il différents stades d'évolution d'un cancer du poumon ?	13
Connait-on les causes du cancer du poumon ?	14

Qu'est-ce qu'un poumon ?

Les poumons jouent un rôle central dans la respiration. Ils permettent l'échange de gaz carbonique et d'oxygène entre l'air respiré et le corps.

Les poumons sont divisés en plusieurs parties ou **lobes***. Le poumon gauche a deux lobes et le poumon droit, trois lobes.

Chaque lobe est constitué de millions de petites poches (les **alvéoles***) reliées par des petits tuyaux dans lesquels circule l'air : les **bronchioles***. Ces bronchioles grossissent pour former les **bronches***. Les bronches aboutissent à la **trachée*** qui mène l'air jusqu'à la bouche.

Lors de **l'inspiration**, l'air arrive par la trachée et se répartit dans les bronches, puis les **bronchioles*** et les alvéoles. L'oxygène contenu dans l'air inspiré circule dans les alvéoles. Il traverse leur paroi pour aller dans le sang. Le sang distribue ensuite l'oxygène à toutes les cellules de l'organisme.

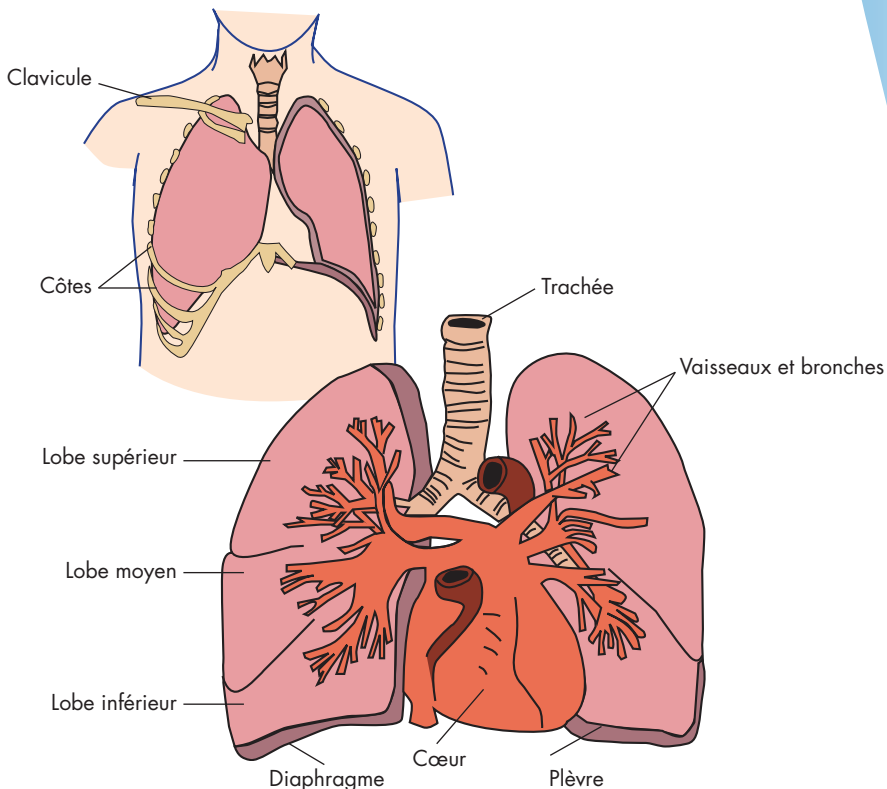
Dans le même temps, en sens inverse, le gaz carbonique rejeté par les **cellules*** du corps passe dans le sang. Le gaz carbonique traverse les alvéoles, puis passe par les bronches. Il s'échappe par la trachée, puis par le nez et la bouche. C'est **l'expiration**.

Une enveloppe double (la **plèvre***) maintient le poumon contre la paroi thoracique. Entre ses deux feuillets la plèvre contient du liquide qui facilite les mouvements de la respiration.

Les bronches sont tapissées d'une couche protectrice de **mucus***. Les cellules des bronches possèdent à leur surface des cils très fins qui,

comme un balai, poussent continuellement le mucus vers la trachée en éliminant les particules inspirées qui s'y sont déposées. Lorsque la quantité de mucus est importante, cela produit les crachats. C'est ce qu'on appelle le **nettoyage bronchique**.

Entre les deux poumons, au-dessus du cœur, se situe la région du **médiastin*** qui s'étend du **sternum*** à la colonne vertébrale. Le médiastin contient des gros **vaisseaux***, comme la trachée et l'**œsophage***. Il contient également des **ganglions***, les ganglions médiastinaux, situés derrière le sternum. Ces ganglions transportent la **lymphe***, liquide qui évacue les déchets et notamment, ceux qui proviennent des poumons. Les ganglions médiastinaux peuvent être atteints par les cellules cancéreuses.



Anatomie du poumon

Le cancer du poumon

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Un cancer est une maladie de la **cellule***.

La cellule est l'unité de base de la vie. Il existe dans le corps plus de deux cents types de cellules différentes (cellules musculaires, cellules nerveuses, cellules osseuses, etc.) qui ont chacune un rôle précis.

Une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée. Habituellement, les modifications subies par les cellules sont réparées par l'organisme. Mais une cellule devenue cancéreuse (on dit aussi **maligne***) a perdu ses capacités de réparation. Cette cellule anormale se met alors à se multiplier dans un organe ou un **tissu*** du corps humain.

En se multipliant de manière incontrôlée, les cellules cancéreuses finissent par former une masse que l'on appelle **tumeur maligne***.

Les cellules des tumeurs malignes ont tendance à migrer dans d'autres parties du corps et à y développer de nouvelles tumeurs qu'on appelle **métastases***. Dans ce cas, on dit que le cancer est métastatique.

Tous les cancers ne se comportent pas de la même façon. C'est la raison pour laquelle **il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chaque personne malade**. Tous les traitements ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. En l'absence de traitement adapté, le cancer risque d'évoluer.

Qu'est-ce qu'un cancer du poumon ?

Un cancer du poumon est la transformation de **cellules*** normales en cellules anormales dans les **bronches*** ou dans les poumons. Ces cellules anormales forment alors une tumeur cancéreuse.

■ Est-ce un cancer fréquent ?

Le cancer du poumon est une maladie fréquente, très souvent liée au tabac. Actuellement, le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du poumon est estimé à environ 23 000 chez l'homme et 4 500 chez la femme. Ce nombre est plutôt en diminution chez l'homme, mais en très nette augmentation chez la femme. Ces chiffres peuvent inquiéter,

mais il s'agit d'une indication générale. Ce sont des estimations calculées sur de grands échantillons de patients. Chacun vit une situation qui lui est personnelle.

Le cancer du poumon est une maladie grave, mais il est possible d'en guérir. La guérison dépend de l'endroit où la tumeur est localisée, de son **stade*** au moment du diagnostic, du type de cellules cancéreuses, de la capacité de l'organisme à réagir contre le cancer et du traitement qui peut être proposé.

Dans certains cas, le cancer ne peut pas être guéri. Cependant, les traitements permettent de diminuer le volume de la tumeur et de stabiliser son évolution.

■ Existe-t-il différents types de cancer du poumon ?

On distingue deux grands types de cancers du poumon :

- le cancer à petites cellules (15 à 20 % des cancers broncho-pulmonaires) ;
- le cancer non à petites cellules (75 à 80 % des cancers broncho-pulmonaires).

La distinction entre les deux types de cancer se fait à partir de l'analyse des cellules au **microscope***. Ils bénéficient chacun de traitements spécifiques.

Le cancer non à petites cellules est le cancer du poumon le plus fréquent.

■ Existe-t-il différents stades d'évolution d'un cancer du poumon ?

La tumeur évolue dans le temps. Des classifications permettent de déterminer son **stade*** d'évolution. Ces classifications prennent en compte le type de cellules observées au microscope, l'endroit où se trouve la tumeur dans le poumon et la façon dont elle a évolué.

Ce guide d'information et de dialogue SOR SAVOIR *Comprendre le cancer du poumon* concerne le cancer du poumon non à petites cellules non métastatique.

Connait-on les causes du cancer du poumon ?

Certaines personnes malades cherchent à un moment donné à savoir pourquoi elles ont développé un cancer du poumon.

Grâce aux études scientifiques, on connaît mieux aujourd'hui certains mécanismes de développement des cancers. Cependant, il reste difficile de déterminer avec précision toutes les causes du cancer.

Des études scientifiques ont cherché à savoir si certaines caractéristiques propres à l'individu ou certains comportements et habitudes de vie peuvent favoriser le développement d'un cancer du poumon. Ces facteurs sont appelés **facteurs de risque***.

Une personne qui possède un ou plusieurs facteurs de risque peut ne jamais développer un cancer du poumon. Inversement, il est possible qu'une personne n'ayant aucun facteur de risque soit atteinte d'un cancer du poumon. Les facteurs de risque ne permettent donc pas toujours de déterminer l'origine du cancer du poumon.

Actuellement, la **principale cause de cancer du poumon** identifiée est la consommation de **tabac** et surtout de **cigarettes** (85 % des cas). Le cancer du poumon survient plus de neuf fois sur dix chez des personnes qui ont fumé pendant au moins dix ans. Le risque de cancer augmente en fonction de la quantité de tabac fumé et de sa durée de consommation. Le risque est légèrement supérieur chez la femme que chez l'homme.

Les non-fumeurs exposés à la fumée de cigarette (tabagisme passif) ont un risque plus important de développer un cancer du poumon que les personnes non exposées.

Il existe d'autres facteurs de risque dans le développement d'un cancer du poumon :

- **L'exposition à des produits toxiques**, comme l'amiante, l'arsenic, la fabrication de résine, les vapeurs d'acide sulfurique, la production de dérivés du chrome, du nickel, du cobalt, les goudrons et dérivés du charbon, les oxydes de fer, la silice, les poussières ou gaz radioactifs. Toute exposition éventuelle à un de ces produits doit être signalée à un médecin. Lorsque l'exposition a eu lieu dans le cadre du travail, on parle d'un **risque professionnel***. Si une exposition professionnelle est associée au tabagisme, le risque est multiplié de 20 à 50 %.
- **La pollution atmosphérique**. Le nombre de cancers du poumon est plus élevé dans les villes qu'à la campagne. Des recherches sont en cours pour évaluer le rôle que joue la pollution, mais cela reste difficile à quantifier.
- **L'âge**. Le vieillissement favorise l'apparition des cancers. Le corps, au fil des années, répare moins bien les modifications subies par les cellules.

Informations clés formulées par des patients

- La cellule est l'unité de base de la vie. Une cellule normale peut devenir cancéreuse à la suite d'importantes modifications, progressives et irréversibles. Le cancer est une maladie due à la multiplication désordonnée de ces cellules modifiées.
- Le poumon est l'organe de la respiration. Des cellules cancéreuses peuvent s'y développer. La migration ou non de ces cellules et le type de cancer conditionnent l'évolution du cancer.
- Le tabac est la principale cause de cancer du poumon. Les autres expositions à risque concernent certaines expositions professionnelles (présentes ou passées).
- Toute anomalie pulmonaire (comme la toux), particulièrement chez un fumeur, doit entraîner un avis médical.



Notes personnelles

2 *Le diagnostic*

Comment diagnostique-t-on un cancer du poumon ?	17
Comment la consultation médicale se passe-t-elle ?	18
Quels sont les examens complémentaires ?	19
■ La radiographie des poumons	19
■ Le scanner thoracique	20
■ La fibroscopie bronchique	20
■ Les prélèvements	20
■ Les examens sanguins	20
■ La tomographie par émission de positons (TEP)	21

Ce chapitre permet de repérer les étapes nécessaires au **bilan*** diagnostique. Le but de ce bilan est d'établir ou non le diagnostic de cancer.

Comment diagnostique-t-on un cancer du poumon ?

Un cancer du poumon peut être découvert au cours d'une consultation, à la suite d'une toux prolongée avec du sang dans les crachats, d'une difficulté à respirer, d'une extinction de voix, d'un amaigrissement en dehors d'un régime alimentaire, d'une fatigue intense ou d'une **infection*** prolongée des bronches, parfois accompagnés de fièvre et de douleurs à la poitrine. Ces symptômes ne sont pas particuliers au cancer : ils peuvent signaler une autre maladie. Lorsqu'ils persistent, il est important de consulter un médecin.

Afin de déterminer si ces symptômes correspondent ou non à un cancer du poumon, le médecin réalise différents examens. C'est ce que l'on appelle un bilan diagnostique. S'il s'agit d'un cancer du poumon, le bilan a également pour but de préciser le type de cancer et d'évaluer sa taille et son **extension***, c'est-à-dire son développement.

Dans le cadre de la médecine du travail, une **radiographie*** des poumons est parfois effectuée tous les ans ou tous les deux ans selon l'activité professionnelle.

Un bilan diagnostique peut être réalisé par différents médecins

spécialistes suite à la consultation du médecin généraliste ou du médecin du travail : **pneumologue***, **cancérologue*** ou encore médecin **radiologue***. A l'issue du bilan, le médecin sait de quel type de cancer il s'agit.

Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de **guérison***.

Comment la consultation médicale se passe-t-elle ?

Une consultation médicale comprend un entretien avec le patient (que l'on appelle aussi interrogatoire) et un examen physique.

Lors de la consultation médicale, le médecin interroge le patient sur ses **antécédents*** médicaux ou chirurgicaux, personnels et familiaux. Il lui pose des questions sur les **symptômes*** actuels qui peuvent le guider pour son diagnostic. Il est important que le patient mentionne tous les symptômes qu'il a repérés. Néanmoins, ils peuvent ne pas correspondre à un cancer.

Le médecin interroge également le patient sur ses **facteurs de risque*** et plus particulièrement, évalue sa consommation de tabac : le nombre d'années au cours desquelles le patient a fumé et le nombre de cigarettes fumées par jour. Le médecin recherche aussi si le patient a subi des expositions à un produit toxique.

Après cet interrogatoire, le médecin réalise un examen physique. L'examen physique aide le médecin dans son diagnostic. Le médecin regarde, examine, ausculte le patient, c'est-à-dire qu'il écoute les bruits faits par les poumons et le cœur avec un **stéthoscope***, en demandant au patient d'inspirer et de souffler profondément. Le médecin recherche tous les **signes*** anormaux que le patient a ou non remarqués.

Le médecin peut également compter la **fréquence respiratoire***, c'est-à-dire le nombre d'inspirations et d'expirations par minute.

Lorsque la respiration ne joue pas bien son rôle, les ongles et la peau sont légèrement colorés en bleu. C'est la raison pour laquelle le médecin examine leur couleur. S'ils sont colorés en bleu, on parle de **cyanose***.

Quels sont les examens complémentaires ?

Différents examens sont effectués lors du bilan diagnostique. Tous ces examens permettent d'élaborer un **plan thérapeutique***, c'est-à-dire de proposer au patient le ou les traitements adaptés à sa situation et la meilleure façon de les réaliser. Certains examens sont réalisés systématiquement ; d'autres dépendent du patient et de l'anomalie découverte.

Les examens qui peuvent être réalisés sont :

- une **radiographie*** des poumons de face et de profil (c'est un examen systématique, ce qu'on appelle un examen **standard***) ;
- un **scanner*** thoracique ;
- une **fibroscopie bronchique*** (c'est un autre examen standard) ;
- un **prélèvement*** au niveau de l'anomalie ;
- un prélèvement au niveau des **ganglions*** du médiastin ;
- des examens qui évaluent si la tumeur s'est étendue au niveau des os, du cerveau ou du foie : **scintigraphie osseuse***, scanner cérébral, examen d'imagerie par résonance magnétique (**IRM***), **échographie*** du foie et parfois, une tomographie par émissions de positons (**TÉP***) ;
- une exploration fonctionnelle respiratoire (**EFR***) pour évaluer la capacité du patient à respirer ;
- un bilan sanguin et un examen des **gaz du sang***.

■ La radiographie des poumons

La radiographie des poumons (ou radiographie pulmonaire) est un examen qui permet d'obtenir des images de l'intérieur des poumons, de face et de profil, à l'aide d'un appareil à **rayons X***.

C'est le premier examen réalisé. Il va aider le médecin à établir son **diagnostic***. La qualité de la radiographie est essentielle.

Cet examen est complété par un **scanner***, autre **examen d'imagerie***.

Le diagnostic

■ Le scanner thoracique

Le scanner thoracique est une technique d'examen qui permet de réaliser une succession de photographies du poumon (jusqu'à 150) en tranches horizontales de 1 à 6 millimètres d'épaisseur à l'aide d'un appareil à **rayons X***. Ces photographies permettent de localiser l'anomalie.

On parle aussi de tomодensitométrie, abrégée parfois en TDM.

■ La fibroscopie bronchique

La fibroscopie bronchique est un examen qui permet de regarder à l'intérieur de la **trachée***, des **bronches*** et de réaliser des **biopsies***. On parle aussi d'endoscopie bronchique.

Le fibroscope, tube fin et souple qui éclaire grâce à une source de lumière, est introduit par une narine ou par la bouche, à l'intérieur de la trachée et des bronches. Le tube est relié à une micro-caméra. Cette micro-caméra est parfois raccordée à une télévision, ce qui permet au médecin de visualiser plus précisément l'état de la paroi des bronches.

■ Les prélèvements

Un prélèvement consiste à prendre des **cellules*** ou des tissus pour les examiner au **microscope***.

Plusieurs types de prélèvements peuvent être pratiqués :

- prélèvement de liquide situé dans les bronches et les alvéoles ;
- prélèvement d'un petit fragment de **tissu*** de l'anomalie (**biopsie***).

Il ne s'agit pas d'un traitement : ces prélèvements sont analysés au microscope par un médecin **anatomopathologiste***. C'est l'examen des tissus qui permet d'éliminer ou d'affirmer de façon sûre le diagnostic de cancer du poumon.

■ Les examens sanguins

Un examen sanguin permet d'analyser un échantillon de sang prélevé sur le patient. Lors de la première consultation, le médecin ne prescrit pas systématiquement de prise de sang. Ce n'est qu'en fonction des résultats des autres examens et des traitements envisagés que le médecin demande que soient faits des examens de sang.

■ La tomographie par émission de positons (TEP)

La tomographie par émission de positons (abrégée en TEP) est un examen qui permet de réaliser des images en coupes de l'ensemble du corps. Une TEP peut prendre des images des deux poumons et du **médiastin***. Les images apparaissent en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

L'abréviation anglaise *PET Scan* est également employée pour désigner cet examen.

Pour réaliser une TEP, on injecte au patient un produit radioactif à faible dose. Ce produit est un traceur qui se fixe sur les cellules cancéreuses et permet ainsi de les repérer sur les images obtenues par ordinateur.

Pour en savoir plus sur cet examen, vous pouvez consulter le guide SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre La tomographie par émission de positons (TEP)*, à paraître.

L'ensemble de ces examens aide le médecin à établir son diagnostic et à proposer les traitements possibles en fonction des résultats.

Pour des informations plus détaillées sur les différents examens effectués lors du bilan diagnostique, vous pouvez consulter le guide SOR SAVOIR PATIENT *En savoir plus sur le cancer du poumon*.

Informations clés formulées par des patients

- La découverte du cancer du poumon se produit le plus souvent à la suite d'une consultation chez le médecin pour une infection pulmonaire qui dure, une toux persistante ou la présence de sang dans les crachats.
- Une découverte précoce augmente les chances de guérison.
- En fonction de la situation du patient, différents examens (radiographie des poumons, scanner, fibroscopie bronchique notamment) peuvent être réalisés.
- Seule une biopsie permet d'éliminer ou d'affirmer de façon sûre le diagnostic de cancer du poumon.
- Le patient ne doit pas hésiter à dialoguer avec son médecin, tout particulièrement sur les questions qui le préoccupent. Il peut être utile d'écrire à l'avance une liste de questions pour mieux s'en souvenir au moment de la consultation.



Notes personnelles

3 Les traitements possibles

Qu'est-ce qu'une chirurgie ?	25
Qu'est-ce qu'une radiothérapie ?	31
Qu'est-ce qu'une chimiothérapie ?	35

Les traitements du cancer du poumon ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. Il existe différents types de traitements qui peuvent être réalisés seuls ou être associés entre eux : une chirurgie, une radiothérapie et une chimiothérapie. Les patients peuvent se voir proposer des traitements différents selon leur situation.

Comment fait-on le choix du traitement ?

Le choix du ou des traitements repose sur les résultats des **études cliniques***. L'objectif des études cliniques est de tester de nouveaux traitements, de nouvelles associations de traitements ou le meilleur ordre d'utilisation de ces traitements, puis de comparer leurs avantages et leurs inconvénients par rapport aux traitements habituellement utilisés. Les résultats de ces études ont permis de définir les meilleurs traitements pour soigner les patients.

Lorsque ces études ont montré que, pour une situation donnée, il existe un traitement qui présente des avantages supérieurs aux autres traitements, on parle de traitement **standard***. Il s'agit du traitement de référence dans cette situation. Le traitement standard est alors proposé de façon systématique.

Il arrive cependant que le médecin ne puisse pas appliquer le traitement standard du fait de facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie. Le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation.

Souvent, plusieurs traitements ont des bénéfices et des inconvénients comparables. Les études scientifiques n'ont pas pu identifier un traitement dont les avantages et les inconvénients seraient clairement préférables à ceux des autres traitements. Il existe alors plusieurs possibilités de traitement, appelées **options***.

Les traitements possibles

Le choix du traitement tient compte de plusieurs critères :

- le type de cancer et son **stade*** d'évolution ;
- l'âge du patient ;
- l'état de santé et les **antécédents*** médicaux ou chirurgicaux du patient qui permettent de déterminer si une opération est possible ;
- la consommation de tabac et d'alcool du patient ;
- la préférence du patient ;
- l'existence d'**essais thérapeutiques*** dont pourrait bénéficier le patient.

Le choix du traitement proposé au patient est fait par une équipe médicale qui associe plusieurs disciplines.

Le médecin explique les avantages et les inconvénients du ou des traitements qu'il propose au patient afin de choisir avec lui celui qui est le mieux adapté à sa situation.

Dans certains cas, le médecin peut proposer au patient de participer à l'essai d'un nouveau traitement. Cet essai thérapeutique est réalisé uniquement s'il peut apporter un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleures chances de guérison, diminution des **effets secondaires***, amélioration de la qualité de vie).

Pour des informations plus détaillées sur les essais thérapeutiques, vous pouvez consulter le guide SOR SAVOIR PATIENT *En savoir plus sur le cancer du poumon.*

Qu'est-ce qu'une chirurgie ?	25
■ En quoi consiste une chirurgie du poumon ?	25
■ Que se passe-t-il immédiatement après une chirurgie ?	27
■ Quels sont les effets secondaires possibles d'une chirurgie ?	28
■ Quel est le rôle de la kinésithérapie ?	29
■ Quelques conseils de patients	29

La chirurgie est le traitement le plus anciennement utilisé pour soigner le cancer du poumon non à petites cellules. C'est un traitement **standard*** pour certains **stades*** du cancer du poumon.

La chirurgie du cancer du poumon a trois objectifs :

- enlever la tumeur ;
- enlever certains **ganglions***, en particulier ceux du **médiastin***, afin d'analyser s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses ;
- préciser le stade d'évolution du cancer.

Une chirurgie n'est pas toujours possible, notamment si la tumeur est trop étendue dans le poumon ou si le patient n'est pas en bonne condition physique.

La chirurgie du poumon est une chirurgie très spécialisée. Elle doit être réalisée par un chirurgien formé en **chirurgie thoracique*** et qui pratique régulièrement ce type d'intervention.

Avant la chirurgie, un examen de la fonction respiratoire (appelé **exploration fonctionnelle respiratoire***, abrégée en EFR) et un dosage des **gaz du sang*** sont réalisés. Ces examens permettent au chirurgien de déterminer le type de chirurgie possible.

■ En quoi consiste une chirurgie du poumon ?

Dans le cas du cancer du poumon non à petites cellules, deux types de chirurgie peuvent être pratiqués :

- l'ablation d'une partie d'un poumon, le lobe. On parle de **lobectomie**. Si deux lobes sont enlevés, on parle de bilobectomie.
- l'ablation d'un poumon. On parle de **pneumonectomie**.

Les traitements possibles

Le choix du type de chirurgie utilisé dépend de la situation de la tumeur, de sa taille (estimée par une **radiographie*** ou un **scanner***) et de l'état de santé du patient (**antécédents*** médicaux ou chirurgicaux, problème de poids, etc.). Ce choix peut être modifié par le chirurgien au cours de l'intervention.

Qu'est-ce qu'une lobectomie ?

Une lobectomie est une opération chirurgicale qui consiste à enlever le **lobe*** du poumon où siège la tumeur, avec les **ganglions*** correspondants, sans enlever la totalité du poumon. Une lobectomie est réalisée sous **anesthésie générale***.

Elle consiste à ouvrir la cage thoracique et à écarter les côtes pour en extraire le lobe et les ganglions. La technique de chirurgie utilisée est appelée **thoracotomie** (voir dessin ci-dessous).

Cette technique laisse une cicatrice extérieure. Une lobectomie nécessite un séjour à l'hôpital d'une dizaine de jours.

Qu'est-ce qu'une pneumonectomie ?

Une pneumonectomie est une opération chirurgicale qui consiste à enlever la totalité du poumon où siège la tumeur, avec les **ganglions*** correspondants. Il s'agit d'une ablation totale du poumon. Une pneumonectomie est réalisée sous anesthésie générale.



Incision
de la thoracotomie

La technique de chirurgie utilisée est appelée **thoracotomie**. Elle consiste à ouvrir la cage thoracique et à écarter les côtes pour en extraire le poumon et les ganglions (voir dessin ci-contre). Progressivement, la cavité laissée libre par l'ablation du poumon va se remplir de **liquide pleural***.

Cette technique laisse une cicatrice sur le thorax. La durée d'hospitalisation est plus longue que pour une lobectomie : en moyenne, deux semaines de séjour à l'hôpital peuvent être nécessaires pour se rétablir et rentrer chez soi.

Qu'est-ce qu'un curage ganglionnaire ?

Un curage ganglionnaire est un geste chirurgical qui consiste à enlever une partie des **ganglions*** afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses. Les ganglions prélevés sont ceux qui sont situés dans le **médiastin*** (ganglions médiastinaux) et qui correspondent au lobe ou au poumon enlevé.

Un curage ganglionnaire permet de préciser et de confirmer l'**extension*** du cancer dans les ganglions. En enlevant ces ganglions, on limite le risque de **récidive*** locale.

Un curage ganglionnaire est réalisé de façon systématique.



Le système lymphatique

■ Que se passe-t-il immédiatement après une chirurgie ?

Au réveil, comme après toute intervention chirurgicale, la zone traitée peut être douloureuse.

La douleur est traitée par des médicaments adaptés au patient. Des techniques particulières de lutte contre la douleur sont souvent utilisées, comme la pompe à morphine que le patient peut contrôler. Le patient ne doit pas hésiter à exprimer sa douleur auprès du médecin pour que celle-ci soit traitée le mieux possible.

Les traitements possibles

A sa sortie de la salle d'opération, le patient a généralement un pansement sur le côté. Deux **drains*** fixés près du pansement permettent d'évacuer les liquides et le sang. Une sonde fine passe par le nez : c'est ce qui permet d'oxygéner l'organisme. Une **perfusion*** placée dans une veine du bras permet d'hydrater et d'alimenter le patient.

Le patient reste obligatoirement quelques heures ou quelques jours en salle de réanimation. Pendant ce temps, l'équipe médicale surveille en permanence sa respiration, son pouls, sa pression artérielle et ses urines. Le taux d'oxygène dans le sang est mesuré constamment, à l'aide d'une pince au bout du doigt, appelée **saturomètre**.

Parfois, il est nécessaire de mettre une **canule*** dans la bouche du patient. Cette canule est reliée à un respirateur artificiel, une machine qui aide le patient à respirer. Ces appareillages peuvent être impressionnants et augmenter le stress du patient. La canule est enlevée en général assez rapidement (au bout de quelques jours). Des médicaments peuvent être administrés au patient afin de diminuer son stress.

■ Quels sont les effets secondaires possibles d'une chirurgie ?

Certains effets secondaires peuvent apparaître après l'intervention chirurgicale ou plus tardivement.

La cicatrice peut s'étendre du milieu du dos, sur le côté jusque devant le thorax. Les patients opérés d'un cancer du poumon ressentent fréquemment des douleurs à ce niveau.

Parfois, des démangeaisons ou des picotements apparaissent au niveau de la plaie. Elles sont liées à la cicatrisation. Elles peuvent durer plusieurs mois (3 à 12 mois).

Il arrive que le patient ressente des douleurs lorsqu'il marche, lève les bras ou se lave, et surtout, tousse ou crache.

Lorsque l'on enlève la totalité du poumon et les ganglions, le nerf **récurrent***, nerf qui commande la voix et la déglutition, est parfois abîmé. La voix peut alors devenir plus grave et moins forte. Il y a peu de moyens pour prévenir cet effet, mais une rééducation vocale peut l'atténuer.

■ Quel est le rôle de la kinésithérapie ?

Des séances de kinésithérapie immédiatement après l'opération vont permettre d'éviter un encombrement des bronches et de soulager certaines douleurs. Commencée rapidement après la chirurgie, la kinésithérapie respiratoire permet d'apprendre à respirer le plus normalement possible. Si des douleurs persistent au niveau du **thorax***, le patient ne doit pas hésiter à demander des séances de kinésithérapie supplémentaires pour le soulager.

Pour ne pas développer d'**infection*** pulmonaire, le patient doit bien cracher et surveiller l'épaisseur, la couleur et la quantité des sécrétions. Le **masseur-kinésithérapeute*** apprend au patient à cracher sans se faire mal au niveau du thorax. Les femmes se plaignent d'une plus grande difficulté à cracher que les hommes.

■ Quelques conseils de patients

Les patients se demandent souvent comment on vit avec un seul poumon. C'est tout à fait possible, même si le patient est parfois gêné pour respirer. L'organisme s'adapte petit à petit.

Il est fréquent que le patient se sente fatigué pendant les mois qui suivent l'opération.

Le rôle du patient est important pour réduire les risques d'effets secondaires. Cela passe par :

- l'**arrêt définitif du tabac**. Réussir à arrêter de fumer préoccupe beaucoup de patients (voir chapitre *Mieux vivre* p. 45) ;
- des **séances de kinésithérapie**. Elles sont nécessaires afin d'apprendre au patient à contrôler et à optimiser sa respiration et bien évacuer les sécrétions ;
- signaler au médecin les modifications de la **cicatrice*** sur le thorax (rougeur, chaleur, douleur, gonflement, **hématome***, etc.) ;
- surveiller sa température pendant quelques jours après le retour à domicile pour déceler rapidement toute infection ;
- éviter les personnes malades et se faire vacciner, notamment contre la grippe après l'opération ;
- ne pas exposer la cicatrice au soleil ;
- signaler au médecin les modifications de la voix ;

Les traitements possibles

- éviter les voyages en avion pendant les trois mois qui suivent l'opération ;
- accepter d'être essoufflé par le moindre effort physique et se reposer. Trouver une position confortable entre la position assise et couchée. Les jambes surélevées facilitent le repos ;
- demander au médecin des médicaments contre la douleur (*antalgiques**) en cas de besoin.

Le patient ne doit pas hésiter à demander des conseils au médecin ou au *masseur-kinésithérapeute**.

Qu'est-ce qu'une radiothérapie ?	31
■ Quand propose-t-on une radiothérapie ?	32
■ Quelles sont les précautions à prendre pendant une radiothérapie ?	32
■ Quels sont les effets secondaires possibles d'une radiothérapie ?	34

Une radiothérapie est un **traitement local*** du cancer, c'est-à-dire qu'elle agit directement sur la zone touchée par les **cellules*** cancéreuses.

Une **radiothérapie** consiste à exposer la tumeur et certains **ganglions*** du médiastin à des **rayons X*** pour détruire les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un **traitement standard*** lorsque le patient n'est pas en mesure de supporter une intervention chirurgicale.

Les rayons atteignent les cellules cancéreuses, mais aussi certaines cellules saines. La résistance et la capacité de récupération des cellules saines leur permettent de se rétablir, contrairement aux cellules cancéreuses qui meurent.

Les médecins spécialistes qui soignent les cancers par radiothérapie sont appelés **oncologues*** radiothérapeutes. C'est le radiothérapeute qui détermine la zone à traiter. Cette zone est appelée volume irradié. Il définit la dose de rayons à administrer et le nombre de séances nécessaire. Le radiothérapeute détermine également la manière dont les autres organes ou les autres régions du corps non malades seront protégés des rayons.

L'unité de dose de rayons est le gray (abrégé en Gy). La dose utilisée pour traiter un cancer du poumon non à petites cellules peut varier de 50 à 70 grays, répartis en 25 à 40 séances. Le traitement comprend une séance par jour pendant 4 à 5 jours consécutifs et ce durant 5 à 8 semaines en moyenne. Deux séances quotidiennes de radiothérapie sont parfois réalisées, ce qui permet une durée totale de traitement plus courte. Des compléments sont quelques fois nécessaires.

Les traitements possibles

■ Quand propose-t-on une radiothérapie ?

Dans le cas du cancer du poumon non à petites cellules non métastatique, une radiothérapie peut être proposée :

- lorsqu'une **chirurgie*** n'est pas possible (état de santé du patient, accès difficile à la tumeur) ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par le patient. La radiothérapie permet alors d'agir localement sur la tumeur ;
- lorsqu'il y a un risque que des cellules cancéreuses se propagent vers d'autres organes, notamment par les **ganglions*** ;
- en association avec une **chimiothérapie*** ;
- après une chirurgie (radiothérapie postopératoire). Dans cette situation, la radiothérapie a pour but de diminuer les risques que le cancer revienne. Des études sont actuellement en cours pour estimer si cela est efficace.

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre oncologues **radiothérapeutes***, **physiciens*** et **manipulateurs***.

Une radiothérapie comporte cinq étapes : le centrage et le repérage de la zone à traiter, la préparation de la mise en traitement, le calcul de la distribution de la dose (dosimétrie), le traitement proprement dit et la surveillance pendant le traitement.

Le patient ne doit pas hésiter à discuter avec le médecin et l'équipe médicale qui l'entourent. Il doit poser toutes les questions qui lui permettront de se familiariser avec le traitement et de s'adapter le mieux possible à celui-ci.

Des informations détaillées sur le déroulement d'une radiothérapie se trouvent dans le guide SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la radiothérapie*, à paraître.

■ Quelles sont les précautions à prendre pendant une radiothérapie ?

Pour éviter des effets secondaires gênants, certaines précautions sont à prendre pendant la radiothérapie et dans les semaines qui suivent le traitement. Il est conseillé de :

- éviter de prendre des douches et des bains trop chauds ;
- ne pas savonner directement la zone irradiée, mais plutôt laisser couler de l'eau savonneuse ;
- se sécher sans frotter ;

- ne pas frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème ;
- porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée ;
- mettre une crème hydratante ;
- éviter les expositions au soleil.

■ Quels sont les effets secondaires possibles d'une radiothérapie ?

Comme les rayons atteignent la tumeur mais également certaines cellules saines, une radiothérapie entraîne des **effets secondaires***. L'apparition de nouveaux problèmes au cours de la maladie, liés à la maladie elle-même ou à ses traitements sont possibles mais pas systématiques. Dans la plupart des cas, les effets secondaires apparaissent en cours de traitement ou à la fin du traitement. D'autres effets secondaires peuvent survenir après l'arrêt du traitement.

Certains effets secondaires peuvent être limités, voire évités, par des soins et des prescriptions médicales adaptés. Beaucoup de progrès ont été faits ces dernières années pour améliorer le confort des personnes traitées par radiothérapie.

• Les effets secondaires pendant le traitement

En général, aucune réaction n'est observée jusqu'à la fin de la deuxième semaine de traitement. Ensuite, la réaction la plus fréquente (habituellement à partir de la 4^{ème} ou 5^{ème} semaine) est une rougeur de la peau semblable à un coup de soleil, appelée **érythème*** cutané. La rougeur disparaît lentement et laisse progressivement place à une coloration brunâtre pendant quelques semaines avant le retour à un aspect normal.

Une douleur en avalant peut apparaître au niveau de l'œsophage (**œsophagite***) pendant une à deux semaines.

La radiothérapie du cancer du poumon ne fait pas tomber les cheveux.

La découverte du cancer, l'appréhension des examens et des traitements, les déplacements quotidiens, l'attente lors des rendez-vous et le traitement lui-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. Beaucoup de patients ont besoin de se reposer après chaque

Les traitements possibles

séance de radiothérapie. Il est possible de se reposer dans le service de radiothérapie avant de rentrer chez soi.

• **Les effets secondaires après le traitement**

Les séquelles sont des effets secondaires **tardifs**. Les séquelles de la radiothérapie sont aujourd'hui exceptionnelles. Des effets peuvent néanmoins apparaître longtemps après la fin du traitement. Ils peuvent être de plusieurs types :

- une douleur au niveau de la zone irradiée ;
- une perte de souplesse de la peau sous la cicatrice ;
- une gêne en avalant ;
- un essoufflement et une diminution de la fonction respiratoire.

Qu'est-ce qu'une chimiothérapie ?	35
■ Y a-t-il différents types de médicaments de chimiothérapie ?	36
■ Comment se déroule une chimiothérapie ?	37
■ Quels sont les effets secondaires possibles d'une chimiothérapie ?	38

Une chimiothérapie est un traitement qui consiste à utiliser des médicaments contre les cellules cancéreuses (par injection dans les veines le plus souvent).

La chimiothérapie agit par voie générale, c'est-à-dire qu'elle détruit les **cellules*** cancéreuses dans l'ensemble du corps. La chimiothérapie agit sur toutes les cellules cancéreuses, même sur celles qui n'ont pas été détectées par les **examens d'imagerie***.

Le cancer du poumon est **chimiosensible***. Cela signifie que les médicaments de chimiothérapie détruisent les cellules du cancer du poumon.

Une chimiothérapie peut être proposée avant une chirurgie pour permettre de diminuer le volume de la tumeur et faciliter ainsi l'opération : on parle dans ce cas de **chimiothérapie néoadjuvante**. L'objectif d'une chimiothérapie néoadjuvante est également de diminuer le taux de **rechute*** et d'améliorer la survie à long terme.

En fonction du **stade*** de la maladie, une chimiothérapie peut également être proposée après un traitement local (**chirurgie*** ou **radiothérapie***) lorsque le cancer présente un risque de développer des **métastases***. Il s'agit d'un traitement complémentaire : on parle de **chimiothérapie adjuvante**. Une chimiothérapie adjuvante a pour objectif de diminuer le risque de **récidive***.

Une chimiothérapie peut aussi être proposée pendant une radiothérapie : on parle de **chimiothérapie concomitante**.

Une chimiothérapie n'est pas un traitement systématique du cancer du poumon. Dans certains cas, une chimiothérapie est le seul traitement possible du cancer du poumon.

Le médecin spécialiste qui traite les cancers par chimiothérapie est appelé **oncologue*** médical. Il explique au patient les avantages et les inconvénients du ou des traitements de chimiothérapie proposés.

Les traitements possibles

L'administration des produits de chimiothérapie n'est pas douloureuse. Toutefois, ils entraînent certains **effets secondaires***.

Le risque de développer des métastases dépend des caractéristiques du cancer, et notamment :

- du moment où l'on a découvert le cancer ;
- de la présence de cellules cancéreuses dans les **ganglions*** du **médiastin*** ;
- de la taille de la tumeur ;
- du type de cellules cancéreuses ;
- du **stade*** du cancer.

Ces caractéristiques sont des **facteurs de risque*** de **rechute***.

La décision de proposer une chimiothérapie tient compte de ces facteurs de risques, mais aussi de l'âge du patient, de son état général, de ses **antécédents*** médicaux (notamment cardiaques) et chirurgicaux ainsi que de ses préférences.

Le médecin propose à chaque patient un traitement adapté à sa situation.

■ Y a-t-il différents types de médicaments de chimiothérapie ?

Les médicaments de chimiothérapie sont nombreux. Les études scientifiques ont montré que l'association de plusieurs médicaments de chimiothérapie était plus efficace qu'un seul médicament. Cependant, dans certaines circonstances, le médecin peut être amené à prescrire au patient un seul médicament de chimiothérapie.

Il existe différentes associations possibles de médicaments de chimiothérapie, utilisés dans le traitement du cancer du poumon. Selon les situations, deux ou trois médicaments sont associés sur une période de plusieurs mois.

Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont les suivants : cisplatine, carboplatine, mitomycine C, ifosfamide, vindésine, vinorelbine, docetaxel, paclitaxel, gemcitabine.

Ces médicaments sont injectés le plus souvent en **perfusion***. La durée de la perfusion dépend des situations. Elle peut varier de quelques heures à quelques jours. Dans de rares cas, ils peuvent être administrés en comprimés (lorsque le patient doit prendre du vinorelbine par exemple).

Si le patient doit prendre du cisplatine, une grande quantité de liquide est injectée en même temps afin d'éviter les effets toxiques de ce produit au niveau du rein. Cette quantité de liquide fait travailler les reins et permet d'éliminer le cisplatine en même temps qu'une grande quantité d'urine. C'est ce que l'on appelle une **hyperdiurèse***.

■ Comment se déroule une chimiothérapie ?

Une chimiothérapie se fait généralement à l'hôpital où est suivi le patient. La plupart du temps, il rentre chez lui après le traitement. Parfois, une hospitalisation d'un jour ou deux peut être nécessaire, notamment lors de la première **cure*** ou quand le patient doit prendre certains médicaments, comme le **cisplatine***.

La durée d'une chimiothérapie est variable. Généralement, elle dure au moins 2 à 3 mois, à raison :

- soit d'une séance hebdomadaire ;
- soit de 2 à 3 séances toutes les 3 ou 4 semaines.

Pour que le traitement soit le plus efficace possible, le médecin respecte les doses et les jours de perfusion de chimiothérapie prévus. Cependant, le médecin peut parfois être amené à les modifier selon la façon dont le patient supporte le traitement.

Le plus souvent, les médicaments de chimiothérapie peuvent être pris en même temps que des médicaments prescrits pour d'autres maladies. Cependant, il est important que le patient informe le médecin oncologue des autres traitements en cours.

Avant chaque séance, le médecin oncologue vérifie l'état de santé du patient (fatigue, tolérance à la cure précédente, etc.) et ses résultats d'exams sanguins. Le médecin donne alors le « feu vert » pour réaliser la séance de chimiothérapie. Les médicaments ne sont pas préparés à l'avance, mais au début de chaque séance. Cela explique l'attente parfois longue avant que les médicaments soient administrés.

Administrer une chimiothérapie dans de petites veines comme celles du bras peut être difficile. C'est la raison pour laquelle, on propose très souvent de poser un **cathéter*** avant une chimiothérapie. Le cathéter facilite les perfusions de chimiothérapie et évite au patient d'avoir une piqûre à chaque fois au bras. Il permet d'améliorer le confort du patient et de perfuser les médicaments de chimiothérapie en toute sécurité.

Les traitements possibles

Des informations détaillées sur les différents types de cathéters se trouvent dans le guide SOR SAVOIR PATIENT *En savoir plus sur le cancer du poumon.*

■ Quels sont les effets secondaires possibles d'une chimiothérapie ?

Les médicaments de chimiothérapie agissent non seulement sur les cellules cancéreuses de la tumeur, mais aussi sur certaines cellules saines, notamment les cellules du tube digestif, les cellules à l'origine des poils et des cheveux ou les cellules de la moelle osseuse qui fabriquent les globules du sang (**globules rouges***, **globules blancs*** et **plaquettes***). La chimiothérapie peut entraîner des effets secondaires tels que :

- nausées ;
- vomissements ;
- infections dans la bouche (**mucite buccale*** ou aphtes) ;
- diarrhée ou constipation ;
- perte temporaire des cheveux (**alopécie***) ;
- fatigue ;
- perturbation du cycle menstruel ;
- baisse des globules du sang (**aplasie*** temporaire) ;
- problèmes au niveau des reins (insuffisance rénale) ;
- problèmes au niveau du système nerveux (problème d'audition notamment).

Même si les effets secondaires immédiats de la chimiothérapie sont fréquents, ils sont **modérés, temporaires** et **non systématiques**. Ils sont directement liés au type de médicaments administrés, aux doses et à leur association, à la réaction individuelle de chaque patient ainsi qu'à son état général. Ils sont variables d'une cure de chimiothérapie à l'autre.

Certains effets secondaires peuvent être limités, voire évités, par des soins et des prescriptions médicales adaptés. Beaucoup de progrès ont été faits ces dernières années pour améliorer le confort des personnes traitées par chimiothérapie.

Pour des informations plus détaillées sur les effets secondaires d'une chimiothérapie, vous pouvez consulter le guide SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la chimiothérapie*, à paraître.

Informations clés formulées par des patients

- L'objectif du traitement du cancer du poumon non à petites cellules est de supprimer toutes les cellules cancéreuses. La chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie sont des traitements utilisés seuls ou associés entre eux.
- L'acte chirurgical est pratiqué par une équipe soignante habituée à la chirurgie intra-thoracique. Les suites immédiates et les séquelles à plus long terme de la chirurgie sont de mieux en mieux maîtrisées. Il s'agit d'une intervention chirurgicale importante. Les jours suivant l'opération sont parfois difficiles.
- Une kinésithérapie respiratoire commencée tôt après l'opération peut aider le patient à récupérer une fonction respiratoire la plus normale possible.
- Le traitement par radiothérapie est précédé du repérage des zones à traiter, des zones à protéger, des répartitions de doses et des interactions avec d'autres traitements. Le traitement implique une surveillance régulière du patient.
- Une chimiothérapie peut être proposée en complément de la chirurgie. Même si les médicaments de chimiothérapie sont parfois mal supportés, surtout en début de cure, des médicaments sont souvent utilisés pour pallier les inconvénients temporaires du traitement.



Notes personnelles

4 *La surveillance*

Pourquoi surveiller ?	40
Comment la surveillance se déroule-t-elle ?	41
Quels sont les examens qui peuvent être réalisés ?	42
A quel rythme surveiller ?	43

Pourquoi surveiller ?

Les traitements du cancer du poumon ont pour buts de soigner le cancer et de réduire le risque que le cancer revienne localement ou développe des **métastases*** à distance.

Après les traitements, une surveillance régulière et prolongée doit permettre de détecter d'éventuels signes de **rechutes*** de la maladie.

Cette surveillance est également nécessaire pour prévenir et traiter d'éventuels **effets secondaires***. Les effets secondaires dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont le patient et son organisme ont réagi à la maladie et aux traitements. Ils n'apparaissent pas systématiquement.

Le risque de rechute est très variable et étroitement lié au **stade*** d'évolution du cancer au moment de son **diagnostic***. La plupart des récurrences du cancer du poumon surviennent dans les deux ans qui suivent le traitement. Cependant ces récurrences peuvent être beaucoup plus tardives. La surveillance permet de détecter une rechute. Un nouveau traitement est alors mis en place.

Une surveillance régulière, prévue et organisée à l'avance, est là pour rassurer le patient et répondre à ses questions. Le médecin peut mettre en contact le patient avec des professionnels (**infirmières***, **assistantes sociales***, **masseurs-kinésithérapeutes***, **psychiatres*** ou **psychologues***, etc.) ou des associations d'anciens malades. Ces professionnels et ces associations peuvent aider le patient à reprendre une vie quotidienne la plus normale possible.

Des informations détaillées sur les différents professionnels de santé se trouvent dans le guide SOR SAVOIR PATIENT *En savoir plus sur le cancer du poumon.*

Comment la surveillance se déroule-t-elle ?

La surveillance est organisée par un ensemble de consultations programmées qui permettent de suivre l'état du patient. Chaque consultation est réalisée par un médecin et comprend un entretien médical, un examen physique et, si nécessaire, des examens complémentaires.

Lors de l'entretien médical, le médecin recherche des **symptômes*** qui peuvent faire suspecter une rechute du cancer du poumon. Il évalue l'évolution d'éventuelles complications. Le patient exprime et décrit tout ce qu'il ressent d'anormal ou d'inhabituel.

Les symptômes qui peuvent faire craindre une récurrence du cancer du poumon peuvent être :

- des symptômes généraux (fatigue générale et inexpliquée, perte de poids en dehors de tout régime amaigrissant, état dépressif) ;
- des symptômes respiratoires (essoufflement persistant, toux d'irritation lors d'efforts physiques, douleurs dans la poitrine, crachats de sang) ;
- des symptômes digestifs (perte d'appétit, nausées ou dégoût pour certains aliments, perte de poids, douleur en avalant) ;
- des symptômes osseux (douleurs plus ou moins précises, de plus en plus fortes, surtout la nuit) ;
- des symptômes neurologiques (maux de tête, vertiges, troubles de la vision, modification de la voix) ;
- des troubles cutanés (démangeaisons).

Si certains de ces symptômes persistent, il est important de les signaler au médecin sans attendre le prochain rendez-vous. Néanmoins, ces symptômes ne sont pas pour autant le signe d'une rechute du cancer. Ils peuvent être simplement liés à une autre maladie **bénigne*** (grippe, **arthrite*** ou simple rhume). S'ils disparaissent au bout de quelques jours, il est peu probable qu'ils soient liés au cancer.

Ensuite, le médecin examine le patient. En cas de symptômes ou de signes anormaux, il peut prescrire des examens supplémentaires.

Sur la base des résultats des études scientifiques, en l'absence de symptômes ou d'anomalie lors de l'examen clinique, les spécialistes ne recommandent pas de réaliser systématiquement des examens supplémentaires.

Tous les examens ne peuvent pas donner une assurance absolue de la présence ou de l'absence de cellules cancéreuses. Ils provoquent des angoisses inutiles. Il est donc important de ne pas les multiplier sans raison.

Quels sont les examens qui peuvent être réalisés ?

Pour surveiller le patient, le médecin lui prescrit des examens radiologiques et des prises de sang réguliers. Il peut être proposé au patient un ou plusieurs des examens suivants :

- une **radiographie*** des poumons ;
- une **fibroscopie bronchique*** ;
- un **scanner*** thoracique (pour dépister une éventuelle **récidive*** locale) ;
- un scanner cérébral (pour dépister des **métastases*** au niveau du cerveau) ;
- une **scintigraphie osseuse*** (pour dépister des métastases au niveau des os) ;
- une échographie du foie (pour dépister des métastases au niveau du foie) ;
- un bilan sanguin comprenant :
 - une **créatininémie*** (pour vérifier le fonctionnement du rein) ;
 - un **ionogramme sanguin*** (pour mesurer la concentration dans le sang d'éléments comme le sodium et le potassium) ;
 - un **bilan hépatique*** (pour dépister les éventuelles toxicités des médicaments de **chimiothérapie***). Ce bilan comprend des mesures de la concentration dans le sang de substances associées au fonctionnement du foie.

- une numération formule sanguine* (pour compter le nombre de globules dans le sang) ;
- une vitesse de sédimentation*.

Les médecins et spécialistes du cancer du poumon recommandent une surveillance par une consultation spécialisée comprenant éventuellement un examen sanguin pour évaluer l'état de santé général du patient, ainsi qu'un scanner thoracique et une fibroscopie bronchique (options*).

A quel rythme surveiller ?

Les études scientifiques n'ont pas encore établi le meilleur rythme de surveillance.

Une consultation de surveillance, comprenant un examen clinique* et un scanner thoracique de face et de profil, peut être proposée tous les trois mois pendant les deux premières années qui suivent le traitement.

Le médecin établit avec le patient un calendrier de visites de surveillance le plus approprié et le moins contraignant possible. Le médecin généraliste qui suit habituellement le patient sera informé par le médecin spécialiste des examens de surveillance et de leurs résultats.

Après les deux premières années, le patient doit consulter son médecin au moins une fois par an.

Informations clés formulées par des patients

- Après un traitement du cancer du poumon, il est nécessaire d'effectuer une surveillance régulière pour détecter les signes d'une éventuelle rechute et prendre en charge les effets secondaires qui auraient pu se manifester.
- La fréquence de la surveillance et les examens réalisés sont adaptés à chaque patient.



Notes personnelles

5 *Mieux vivre*

Dans la vie d'un homme ou d'une femme, la maladie est un moment au cours duquel les émotions sont particulièrement intenses. Chaque étape de la maladie engendre des sentiments différents. Exprimer ses sentiments et les partager avec d'autres permettent de mieux les vivre.

On peut distinguer **quatre moments clés de la maladie** :

- l'annonce du diagnostic ;
- la période d'entrée dans les traitements ;
- le retour au domicile entre deux traitements ;
- la fin des traitements.

Chacune de ces étapes engendre des émotions particulières. Ces émotions ne sont pas les mêmes pour tous les patients. Chaque personne réagit en fonction de sa propre histoire, de son entourage et de sa personnalité.

Pour mieux vivre sa maladie, le patient peut :

- s'informer pour comprendre sa maladie ;
- communiquer et partager ses sentiments pour mieux les vivre. La maladie se vit mieux accompagnée ;
- trouver une aide auprès de l'équipe soignante, de psychologues ou de médecins psychiatres.

Il est important d'établir une bonne relation avec quelqu'un qui peut écouter et aider le patient à retrouver un équilibre psychologique. Une bonne communication avec le médecin, le conjoint ou les proches peut aussi contribuer à cet équilibre.

Vous trouverez des informations plus détaillées sur ce thème dans le guide SOR SAVOIR PATIENT *En savoir plus sur le cancer du poumon*.

Le rôle du patient dans l'arrêt du tabac

Les études scientifiques montrent que la fumée de cigarette, de cigarillo, de pipe ou de cigare est **cancérogène***, c'est-à-dire qu'elle peut provoquer l'apparition d'un cancer.

D'anciens patients et leurs proches ont particulièrement insisté sur l'importance de réussir à arrêter de fumer. C'est l'une de leur principale préoccupation. Bien qu'un cancer du poumon puisse apparaître chez les non-fumeurs, le tabac est la principale cause

de cancer du poumon. Pour les patients, il est souvent perçu comme le déclencheur du cancer.

Continuer à fumer est un **facteur de risque***, tant au moment de l'opération qu'après. Cela contribue à engendrer des **complications*** et à ralentir le rétablissement du patient. Par conséquent, **pour éviter de développer un autre cancer lié au tabac et faciliter les suites du traitement**, il est vivement conseillé d'arrêter de fumer.

Arrêter de fumer fait partie intégrante du traitement, car cela augmente les chances de guérison. Arrêter de fumer permet de mieux vivre la maladie.

Toutefois, pour les fumeurs, l'arrêt du tabac est vécu difficilement. Se séparer du tabac correspond pour eux à la privation d'un plaisir.

Envisager d'arrêter de fumer est une **décision personnelle**. Il faut que la personne soit convaincue qu'elle doit le faire. Chacun doit trouver la solution qui lui convient le mieux. Pour se séparer du tabac sans que cela ne devienne une obsession ou une préoccupation qui complique la vie, d'anciens patients insistent sur les points suivants :

- se donner des chances pour réussir le traitement chirurgical ;
- réfléchir à ce qui a amené à fumer ;
- tester sa **dépendance*** au tabac avec des grilles d'évaluation existantes ;
- se déculpabiliser d'avoir fumé, accepter d'être encore parfois un fumeur clandestin et savoir le dire à son médecin ;
- accepter une aide au sevrage avec la méthode la plus appropriée à sa situation.

Les professionnels de santé (**psychologue***, **psychiatre*** ou médecin) peuvent apporter un soutien au patient pour l'aider à arrêter de fumer. Diverses solutions existent : aide psychologique, **substituts nicotiniques***, etc.

Les substituts nicotiniques sont des produits qui remplacent la nicotine du tabac et aident à arrêter de fumer. Ils sont divers :

- les patches ;
- les sprays nicotiniques ;
- les chewing-gums ;
- les médicaments d'aide au sevrage du tabac.

Il existe également des consultations d'aide au sevrage tabagique. Pour plus d'informations, le patient ne doit pas hésiter à en discuter avec son médecin.

Ces produits sont disponibles sans ordonnance dans les pharmacies, et ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Un suivi plus attentif par un médecin peut être nécessaire pour aider le patient à arrêter complètement de fumer.

Des méthodes complémentaires peuvent aider le patient à arrêter de fumer telles que l'[acupuncture*](#), l'[homéopathie*](#) ou l'hypnose. L'efficacité de ces méthodes n'a pas été prouvée par des études scientifiques.

L'aide et le soutien de l'entourage sont également importants pour que le patient réussisse à arrêter de fumer.

Les patients qui ont arrêté de fumer reconnaissent retrouver une certaine liberté pour respirer et d'autres bénéfices directs comme une amélioration du goût, de l'odeur, des cheveux plus soyeux et une peau plus belle. Leur forme physique s'améliore également.

Quelle que soit la méthode utilisée pour favoriser l'arrêt du tabac, le patient ne doit pas hésiter à en discuter avec son entourage et avec des professionnels compétents.

Informations clés formulées par des patients

- L'annonce du diagnostic constitue toujours un choc. Les traitements proposés font surgir de nombreuses questions sur les résultats et les effets secondaires. Il ne faut pas hésiter à poser des questions aux médecins et à discuter des points qui préoccupent le patient.
- Si le patient est fumeur, il doit tout faire pour essayer d'arrêter de fumer. De multiples aides peuvent lui être proposées.
- A toutes les étapes de la maladie, des difficultés se font jour. La fin du traitement est certes un soulagement, mais les craintes de rechute persistent bien souvent.
- Il est important de parler de ce que l'on ressent avec son entourage ou des professionnels (psychologue, psychiatre, assistante sociale). En raison de la difficulté de certaines périodes, il est important que le patient exprime ses sentiments pour permettre de mieux les vivre.



Notes personnelles

Les mots et leur sens

Ce glossaire, « Les mots et leur sens », concerne spécifiquement l'explication des termes en rapport avec le guide *Comprendre le cancer du poumon*. Un dictionnaire plus complet sur l'ensemble des cancers figure dans le livre *Les cancers de A à Z*. Ce dictionnaire est disponible sur le site internet de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (www.fnclcc.fr) et également chez l'éditeur à l'adresse suivante : Editions FRISON-ROCHE - 18, rue Dauphine - 75006 Paris - Tél 01 40 46 94 91.

* : voir ce mot

A

acupuncture : traitement médical d'origine chinoise qui consiste à piquer des aiguilles en certains points du corps.

alopécie : perte des cheveux ou des poils. C'est un effet secondaire temporaire de certains médicaments de chimiothérapie*.

alvéole : petite poche contenant l'air respiré située à l'extrémité des bronchioles* pulmonaires.

anatomopathologie : examen au microscope de cellules* (examen cytopathologique* ou cytologie) ou de tissus* (examen histopathologique* ou histologie) de l'organisme.

L'examen cytopathologique et l'examen histopathologique sont les deux techniques de l'examen anatomopathologique.

anatomopathologiste : médecin spécialiste qui examine des cellules et des tissus au microscope*.

anémie : diminution du nombre de globules rouges* dans le sang.

anesthésie : acte qui consiste à endormir et rendre insensible le patient (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale) pendant une intervention chirurgicale.

anesthésie générale : acte qui consiste à endormir et rendre insensible un patient.

anesthésie locale : acte qui consiste à endormir et rendre insensible une partie du corps. On parle aussi d'anesthésie partielle.

angoisse : sensation d'inquiétude avec un malaise général physique et psychologique. Les signes de l'angoisse varient d'un individu à l'autre.

antalgique : se dit d'un médicament qui calme la douleur.



Les mots et leur sens

antécédent : fait antérieur concernant la santé du patient ou de sa famille.

antécédent chirurgical : opération déjà subie.

antécédent médical : maladie ou traitement déjà subi ou en cours (diabète, maladies cardiaques, etc.).

antécédent familial : histoire des maladies de la famille d'un patient.

antiémétique : médicament qui agit contre les nausées et les vomissements.

anxiété : sentiment d'être en danger sans en connaître la cause. L'anxiété est accompagnée d'un malaise général.

aplasie : très forte diminution des globules blancs*, accompagnée d'une baisse des autres éléments du sang (les globules rouges* et les plaquettes*). C'est un effet secondaire, temporaire, de certains médicaments de chimiothérapie*.

artère : vaisseau* qui distribue le sang à tout le corps.

assistant social : professionnel chargé de résoudre les difficultés d'ordre économique et social rencontrées par les patients.

B

bénin/bénigne : sans gravité. Une tumeur bénigne n'est pas un cancer.

bilan : évaluation de l'état de santé d'une personne. Au terme de ce bilan, le médecin dispose de renseignements qui lui permettent de proposer un traitement adapté à la situation.

Le bilan diagnostique a pour but de déterminer s'il s'agit bien d'un cancer et d'identifier le type de cancer.

Le bilan d'extension recherche l'étendue du cancer et la présence ou non de métastases*.

Le bilan préthérapeutique réunit tous les éléments nécessaires à l'établissement du plan thérapeutique*.

bilan hépatique : ensemble de mesures de la concentration dans le sang de substances biologiques qui sont associées au fonctionnement du foie. Le bilan peut être perturbé lorsque le foie est malade ou après l'absorption de certains médicaments. Ce bilan peut être anormal en présence de métastases*.

biopsie : prélèvement qui consiste à enlever un petit morceau de tissu* afin de l'examiner au microscope. Le médecin peut réaliser une biopsie avec ou sans anesthésie* (locale ou générale). Le fragment de tissu est ensuite examiné par un médecin anatomopathologiste* (ou pathologiste).

bronche : ramification du poumon partant de la trachée*, ressemblant aux branches d'un arbre. Les bronches permettent la circulation de l'air dans les poumons.

bronchiole : ramification plus petite des bronches*. Les bronchioles distribuent l'air dans les alvéoles*.

broncho-alvéolaire : relatif aux bronches* et aux alvéoles*.

broncho-pulmonaire : relatif aux bronches* et au poumon.

C

cancer : cellules* anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne*.

cancérigène : voir **cancérogène***.

cancérogène : qui peut provoquer le développement d'un cancer.

cancérologue : médecin spécialiste du cancer. Ce peut être un chirurgien*, un pneumologue, un gastroentérologue*, un radiothérapeute*, un chimiothérapeute*, etc. Dans certains cas, on parle d'oncologue.

canule : tube placé dans la bouche afin de permettre la respiration. Une canule permet également de réaliser des aspirations bronchiques au moyen d'une sonde.

carcinome : voir **cancer***.

cathéter : tuyau souple et fin introduit temporairement dans une veine afin d'y

injecter un produit ou des médicaments, ou pour faire une prise de sang. Un cathéter diminue le risque d'abîmer les veines et facilite les perfusions de chimiothérapie*.

CCPPRB (Comité Consultatif de Protection des Personnes qui se prêtent à la Recherche Biomédicale) : comité qui se réunit régulièrement dans chaque région pour examiner des projets d'essais thérapeutiques* et vérifier qu'ils respectent les droits et les intérêts des patients.

cellule : élément visible au microscope dont est constitué tout organisme vivant. Plantes et animaux sont composés de cellules très différentes qui se multiplient, meurent et se renouvellent.

Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu*.

Des cellules cancéreuses sont des cellules qui se sont modifiées et se multiplient de façon anormale. Voir **cancer***.

chambre implantable : type de cathéter* qui possède à son extrémité un boîtier posé sous la peau, au niveau de la poitrine.

chimiosensible : se dit d'une tumeur* cancéreuse qui réagit aux médicaments de chimiothé-



Les mots et leur sens

rapie*, notamment lorsque la taille de la tumeur diminue sous l'effet d'une chimiothérapie.

chimiothérapeute : médecin spécialiste des traitements par **chimiothérapie***. Il est appelé également oncologue médical.

chimiothérapie : traitement général* du **cancer*** à l'aide de médicaments. Les médicaments anticancéreux visent à détruire les **cellules*** cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier, entraînant leur mort. Ces médicaments peuvent être administrés par piqûres ou perfusions ou parfois, sous forme de comprimés.

chirurgie : intervention qui consiste à opérer un patient.

chirurgien : médecin spécialiste des opérations chirurgicales. C'est lui qui enlève la tumeur. Certains chirurgiens sont spécialisés en cancérologie.

cisplatine : médicament de **chimiothérapie***.

chirurgie thoracique : opération chirurgicale au niveau du **thorax***.

classification TNM : classification internationale qui permet au médecin de se rendre compte du **stade*** du cancer du poumon :

- la lettre T (pour Tumeur) correspond à la taille de la tumeur ;
- la lettre N (pour Node qui signifie **ganglion*** en anglais) décrit l'en-

vahissement des ganglions autour des bronches et du **médiastin*** ;

- la lettre M (pour Métastase) décrit la présence ou l'absence de **métastases***.

clavicule : os long sur l'avant de l'épaule.

complication : apparition de nouveaux problèmes de santé au cours d'une maladie, liés à la maladie elle-même ou à ses traitements.

consentement éclairé : accord qu'un patient doit donner au médecin avant toute intervention médicale après avoir été informé des complications et des risques éventuels que présente l'intervention. Cet accord consiste à signer un document écrit. Le consentement éclairé est également recueilli lorsque le patient participe à un **essai thérapeutique***.

créatine : molécule qui joue un rôle essentiel dans la contraction des muscles.

créatinémie : mesure du taux de **créatinine*** dans le sang. Cette mesure a pour but de s'assurer du fonctionnement normal des reins. En cas de mauvais fonctionnement d'un rein, le taux de créatinine dans le sang augmente.

créatinine : molécule dérivée de la **créatine*** dont la mesure dans l'urine est utilisée pour évaluer le fonctionnement des reins.

cryothérapie : traitement par le froid.

curage ganglionnaire : opération chirurgicale qui consiste à enlever certains **ganglions*** afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses.

cure : traitement médical de durée déterminée.

cyanose : coloration légèrement bleuâtre ou violette de la peau et des ongles par manque d'oxygène.

cytologie : voir **examen cytopathologique***.

D

dépendance : besoin quotidien d'un produit tel que le tabac ou l'alcool.

dépistage : recherche systématique, chez une personne en bonne santé apparente, de **signes*** ou de **sympômes*** traduisant une maladie.

dépression : état mental qui se caractérise par de la tristesse, de la lassitude, du découragement, de la fatigue, de l'anxiété et des troubles du sommeil.

diagnostic : démarche qui identifie la maladie à l'origine des **signes*** ou des **sympômes*** ressentis ou observés par le patient. Le diagnostic permet de reconnaître la maladie dont le patient souffre. Voir **bilan***.

diurèse : mesure de la quantité des urines éliminées pendant un certain nombre d'heures.

douleur : sensation pénible en un point ou dans une région du corps. Il existe différents types de douleur. La douleur peut être physique ou morale.

drain : tuyau souple et fin maintenu à la base d'une plaie par un fil. Il permet d'évacuer le sang ou des sécrétions. Un drain peut être relié à un système d'aspiration douce.

E

échographie : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou de certains organes à l'aide d'ultrasons. Il s'agit d'un **examen d'imagerie***.

éducation thérapeutique : ensemble d'actions proposées aux patients tout au long d'une maladie. Ces actions ont pour but d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements, de participer aux soins de façon plus active et de favoriser un retour à une vie normale. La notion d'éducation thérapeutique recouvre un large champ qui va de l'aide psychologique et sociale à l'infor-



Les mots et leur sens

mation sur la maladie et ses traitements, en passant par l'organisation et la façon dont les soins se déroulent à l'hôpital.

effet secondaire : les traitements ont pour but de soigner le **cancer***.

Parfois, ils entraînent des conséquences désagréables pour le patient qu'on appelle des effets secondaires. Si les effets secondaires sont fréquents, ils n'apparaissent pas de façon obligatoire ni systématique. Ils dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de **cancer*** et de la façon dont chacun réagit aux traitements. Il existe deux types d'effets secondaires : les **effets secondaires immédiats*** et les **effets secondaires tardifs***.

effet secondaire immédiat : effet secondaire à court terme (nausées, perte de cheveux, etc.) Temporaire, un effet secondaire disparaît généralement après la fin des traitements.

effet secondaire tardif : effet secondaire à long terme (cicatrice douloureuse, etc.). Un effet secondaire peut persister longtemps après l'arrêt des traitements, parfois jusqu'à la fin de la vie. Il est alors appelé **séquelle***.

EFR : voir **exploration fonctionnelle respiratoire***.

endoscopie : technique d'examen d'une cavité du corps avec un appareil muni d'un dispositif d'éclairage (un endoscope). Cet appareil permet de voir l'intérieur de cette cavité. La

fibroscopie bronchique* utilise cette technique.

érythème : rougeur de la peau.

essai thérapeutique : étude qui vise à tester et à évaluer de nouveaux traitements afin de les comparer aux traitements habituellement utilisés dans une situation particulière. On parle aussi d'étude clinique. Un essai thérapeutique est proposé au patient uniquement si le nouveau traitement peut apporter un avantage par rapport aux traitements habituellement utilisés (meilleures chances de guérison, diminution des effets secondaires, amélioration de la qualité de vie).

étude clinique : voir **essai thérapeutique***.

étude épidémiologique : étude des rapports entre une maladie et différents **facteurs de risque*** (tabagisme, alcool, exposition à un produit toxique, etc.).

évolution : voir **extension***.

examen anatomopathologique : voir **anatomopathologie***.

examen clinique : examen pratiqué par le médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, examine le patient (auscultation, palpation, etc.).

examen cytopathologique : technique d'examen qui permet d'observer des **cellules*** au microscope et de rechercher des cellules anormales (cellules

cancéreuses par exemple). On parle aussi de cytologie.

examen d'imagerie : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou des organes. Il existe différents types d'examen d'imagerie : **échographie***, **radiographie***, **scanner***, **IRM***, **scintigraphie***.

examen histopathologique : technique d'examen qui établit de façon sûre le **diagnostic*** de cancer ou non. Il permet également de déterminer le type de cancer dont il s'agit. On parle aussi d'histologie.

examen microscopique : examen au microscope de **cellules*** ou de **tissus***.

examen radiologique : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou des organes, appelé également **examen d'imagerie***. Il existe différents types d'examen radiologiques : **échographie***, **scanner***, **IRM***.

exérèse : intervention chirurgicale par laquelle le chirurgien enlève une partie ou la totalité d'un organe.

expectoration : expulsion par la bouche de sécrétions provenant des voies respiratoires (crachat).

exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) : mesure de la capacité du patient à respirer.

extension : stade d'évolution d'un **cancer***. Un cancer commence par le développement d'une ou plusieurs

cellules cancéreuses. Ces cellules se multiplient et forment une tumeur. Quand les cellules cancéreuses restent dans l'organe d'origine, on parle d'évolution ou d'extension locale du cancer. Plus les cellules se multiplient, plus l'anomalie grossit. Elle peut alors laisser échapper des cellules cancéreuses vers d'autres endroits de l'organisme. Lorsque les cellules cancéreuses s'échappent et se propagent à l'extérieur de l'organe d'origine (le poumon par exemple), on parle d'extension à distance du cancer. Si les cellules cancéreuses atteignent des ganglions du **médiastin***, on parle d'évolution régionale. Lorsqu'on retrouve des cellules cancéreuses dans d'autres organes (foie, os, cerveau, etc.), on parle d'évolution métastatique. Voir **métastases***.

F

facteur de risque : élément qui peut favoriser la naissance et le développement d'un cancer ou sa rechute.

fibroscopie bronchique : technique d'examen qui permet de voir l'intérieur du poumon à l'aide d'un tube souple muni d'un dispositif d'éclairage. Une fibroscopie permet de réaliser des **biopsies***.



Les mots et leur sens

fréquence respiratoire : nombre d'inspirations et d'expirations par minute. La fréquence respiratoire moyenne est de 16 mouvements par minute.

G

ganglion : petit renflement réparti le long des **vaisseaux lymphatiques*** et disposé dans certaines parties du corps. Les ganglions jouent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les **cellules*** cancéreuses. Ils sont constitués de cellules appelées **lymphocytes*** (globules blancs).

Les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre. Si leur taille est anormale, on parle d'adénopathie.

ganglion médiastinal : ganglion* situé dans le médiastin, au niveau des bronches* et de la trachée*.

gastroentérologue : médecin spécialiste du tube digestif.

gaz du sang : gaz carbonique et oxygène qui circulent dans le sang. La mesure du taux de ces gaz dans le sang est importante pour savoir si le patient respire correctement.

globule blanc : cellule* qui combat les infections. Les globules blancs se trouvent dans la **lymphe*** et dans le sang.

globule rouge : cellule* qui se trouve dans le sang lui donnant sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

gray : unité de dose de rayons. Abrégé en Gy.

guérison : disparition des **signes*** et des **symptômes*** d'une maladie et retour à une bonne santé. Dans le cas du cancer, on parle de guérison dès lors que toute trace de cancer a disparu.

H

hématome : accumulation localisée de sang dans un **tissu***.

hémoglobine : molécule contenue dans les **globules rouges*** du sang qui transporte l'oxygène et le gaz carbonique entre les poumons et les cellules de l'organisme.

histologie : voir **examen histopathologique***.

homéopathie : traitement qui consiste à soigner au moyen de médicaments à doses extrêmement faibles.

hyperdiurèse : augmentation de la quantité des urines, provoquée par un apport de liquide (soit par la boisson, soit par **perfusion***).

immunitaire : qui concerne la défense de l'organisme.

infection : pénétration de germes dans l'organisme.

infirmier : professionnel de santé chargé de la surveillance et des soins aux patients.

ionogramme sanguin : mesure de la concentration dans le sang d'éléments comme le sodium ou le potassium (les ions). Cette mesure peut être perturbée dans de nombreuses circonstances dans lesquelles l'organisme perd ou retient trop d'eau.

IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou des organes. Comme un scanner*, une IRM permet d'avoir des images précises de plusieurs régions du corps.

K

kinésithérapeute : voir masseur-kinésithérapeute*.

L

laser : appareil qui utilise un faisceau lumineux amplifié.

liquide broncho-alvéolaire : liquide situé dans les alvéoles* et les bronches*.

liquide pleural : liquide contenu dans la plèvre*.

lobe : partie du poumon. Le poumon droit possède trois lobes et le poumon gauche deux lobes.

lobectomie : traitement chirurgical qui consiste à retirer un lobe* ou une partie du poumon.

lymphatique : réseau de petits vaisseaux qui transportent la lymphe*. L'ensemble de ces vaisseaux et des ganglions* forme le système lymphatique (voir dessin p. 27).

lymphe : liquide produit par le corps dans lequel baignent les cellules*. La lymphe transporte et évacue les déchets des cellules*. Comme le sang, la lymphe circule dans des vaisseaux appelés vaisseaux lymphatiques*.

lymphocyte : type de globule blanc*.

M

malin/maligne : se dit d'une tumeur cancéreuse. Voir cancer*.

manipulateur : technicien responsable du maniement des



Les mots et leur sens

appareils de **radiologie*** ou de **radiothérapie***. Il est aussi chargé de veiller au bon déroulement de l'examen radiologique ou de la séance de radiothérapie. C'est un technicien diplômé spécialement formé en imagerie médicale.

masseur-kinésithérapeute : professionnel de santé chargé de rééduquer certaines parties du corps par des mouvements.

médiastin : région située entre les deux poumons qui comprend le cœur, l'œsophage, la trachée ainsi que de nombreux gros vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le médiastin s'étend du **sternum*** à la colonne vertébrale.

médiastinoscopie : examen qui permet d'examiner le médiastin et de prélever des **ganglions*** ou des anomalies analysés ensuite au microscope.

métastase : **cellule*** cancéreuse qui provient d'un **cancer*** initial (par exemple le poumon), qui a migré (on dit aussi qu'elle s'est disséminée ou propagée) et qui s'est développée dans un autre organe. On parle aussi de maladie métastatique ou de localisation secondaire du cancer. Voir **extension***.

microscope : instrument d'optique grossissant qui sert à examiner les éléments qui ne sont pas visibles à l'œil nu. Voir **examen microscopique***.

mucite buccale : inflammation de la bouche. La **chimiothérapie*** peut

provoquer une mucite buccale temporaire. Elle est parfois douloureuse.

mucus : sécrétion liquide fabriquée par les muqueuses (la paroi des **bronches*** par exemple).

N

néoadjuvant : préopératoire. Se dit d'un traitement complémentaire qui précède un traitement principal.

nerf : cordon de cellules nerveuses qui relie le cerveau aux différents organes et permet leur commande.

nerf récurrent : **nerf*** qui passe dans le thorax et qui commande le mouvement du larynx et des cordes vocales. C'est lui qui permet de parler et de déglutir.

nodule : anomalie solide. Certains nodules peuvent correspondre à un cancer.

numération-formule sanguine (NFS ou NF) : examen qui, à la suite d'une prise de sang, vise à compter les différents composants du sang (**globules rouges***, **globules blancs***, **plaquettes***) afin de déterminer si leur nombre est suffisant.

O

obésité : surplus de graisses de l'organisme, entraînant un excédent de poids.

œsophage : canal de l'appareil digestif, qui va de la gorge à l'estomac.

œsophagite : irritation de l'œsophage*.

oncologue : **cancérologue*** plus particulièrement spécialisé dans les traitements du cancer par **chimiothérapie*** ou **radiothérapie***.

option : on parle d'options thérapeutiques lorsque, pour une même situation, plusieurs traitements sont possibles. Dans cette situation, les **essais thérapeutiques*** n'ont pas identifié un traitement qui présente plus d'avantages par rapport aux autres. Voir **standard***.

P

pacemaker : stimulateur cardiaque électronique.

pathologiste : voir **anatomopathologiste***.

perfusion : injection en goutte à goutte de médicament liquide dans les veines.

PET Scan : abréviation anglaise de tomographie par émission de positons. Voir **TEP***.

phlébite : inflammation d'une veine pouvant provoquer un caillot de sang.

photochimiothérapie : traitement qui consiste à détruire les cellules cancéreuses par un faisceau lumineux après les avoir sensibilisées à la lumière par

l'injection d'un produit photosensibilisant.

photon : type de rayons utilisés en **radiothérapie***.

physicien : médecin spécialiste des appareils de **radiothérapie*** ou de **radiologie***. Pour une radiothérapie, le physicien choisit en concertation avec le **radiothérapeute*** les modalités précises du traitement, notamment la durée et la bonne répartition des doses prescrites.

plan thérapeutique : ensemble des différents traitements réalisés dans un ordre bien défini.

plaquette : composant du sang qui arrête les saignements et permet la cicatrisation.

plèvre : membrane constituée de deux feuillets qui enveloppent les poumons.

pneumologue : médecin spécialiste des maladies du poumon et des voies respiratoires.

pneumothorax : présence anormale d'air dans la **plèvre***.

ponction : prélèvement de **cellules***, de **tissu*** ou de liquide à l'aide d'une aiguille fine, dans une partie du corps. En cas de prélèvement de cellules, on parle de ponction



Les mots et leur sens

cytologique ; en cas de prélèvement de tissus, on parle de **biopsie***.

port à Cath® (PAC) : cathéter* de type chambre implantable*.

prélèvement : voir ponction* et biopsie*.

produit de contraste : substance qui permet de mieux distinguer les vaisseaux et les éventuelles anomalies dans les organes lors d'un **examen d'imagerie***.

protocole : description précise des conditions et du déroulement d'une étude ou d'un traitement. Un protocole de **chimiothérapie*** a pour but de spécifier les noms et les doses de médicaments, le nombre de cures, etc.

psychiatre : médecin spécialiste qui écoute les patients et leurs proches.

psychologue : personne spécialisée dans l'écoute du patient et des proches en ce qui concerne leurs difficultés liées au cancer et à ses conséquences.

R

radiographie : technique d'examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X. Il s'agit d'un **examen d'imagerie***. Voir **radiologie***.

radiologie : spécialité médicale qui utilise des rayons ou des ultrasons

pour obtenir des images d'une partie du corps ou des organes (**radiographie***, **échographie***, **scanner***, **IRM***).

radiologue : médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps lors des examens de **radiologie***.

radiophysicien : voir **physicien***.

radiothérapeute : médecin spécialisé dans le traitement des cancers par radiothérapie. On parle aussi d'**oncologue radiothérapeute**.

radiothérapie : traitement local du **cancer*** à l'aide d'un appareil qui émet des rayons. Ces rayons, dirigés vers la tumeur, vont la détruire. Ce traitement se fait dans un service spécialisé de radiothérapie. On parle aussi de rayons ou de séances de rayons.

randomisation : attribution par tirage au sort d'un traitement dans le cadre d'un **essai thérapeutique***.

rayons : voir **radiothérapie***.

rayons X : rayons émis par une source ressemblant à une grosse ampoule électrique. Ces rayons vont être plus ou moins arrêtés selon les différents composants du corps humain. La détection des rayons qui auront pu traverser permet de réaliser des images de l'intérieur du corps. Les rayons X sont également appelés photons X.

réadaptation : retour à la vie normale dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, sexuelle, professionnelle et sociale) après une maladie.

rechute : voir **récidive***.

récidive : réapparition de **signes*** ou de **symptômes*** signalant la présence du cancer. Cette réapparition peut survenir très tôt après les traitements, mais aussi après une longue période de guérison apparente.

recommandation : lorsqu'il existe plusieurs traitements possibles pour traiter un cancer (**options***), une recommandation les hiérarchise en fonction des études les plus récentes.

réinsertion : voir **réadaptation***.

rémission : disparition des **signes*** et des **symptômes*** d'une maladie. Dans le cas du cancer, on parle de rémission dès lors que toute trace du cancer a disparu. Au bout d'un certain délai, la rémission devient **guérison***.

risque professionnel : risque d'être exposé à un produit reconnu toxique lors de son travail.

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps à l'aide de **rayons X***. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise des différentes régions du corps.

scintigraphie : technique d'examen qui montre des images du corps. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs.

scintigraphie osseuse : scintigraphie qui montre des images du squelette osseux et permet de contrôler la présence ou l'absence d'anomalies (cancéreuses ou non) au niveau des os.

séquelle : suite ou complication, plus ou moins tardive et durable d'une maladie. Voir **effet secondaire***.

sérum physiologique : solution saline de même composition que le plasma sanguin.

sevrage : action de ne plus consommer un produit tel que l'alcool, le tabac, etc.

signe : manifestation anormale observée par le patient ou par le médecin.

site implantable : type de **cathéter***. Voir **chambre implantable***.

stade : ensemble des informations sur la taille de la tumeur, l'envahissement des **ganglions*** et la présence éventuelle de **métastases***.

Le cancer du poumon non à petites cellules est dit de stade 0 lorsque les cellules cancéreuses restent dans le tissu dans lequel elles se sont développées.



Les mots et leur sens

Le stade 1 correspond à une tumeur de petite taille, d'**extension*** limitée sans ganglion envahi et sans métastases.

Le stade 2 correspond soit à des tumeurs avec des ganglions très proches qui ont été envahis, soit à des tumeurs plus étendues sans ganglion envahi et sans métastases.

Le stade 3 correspond à une tumeur avec envahissement des ganglions du **médiastin***, sans métastases. Quand les ganglions du médiastin sont atteints par les cellules cancéreuses du même côté que le cancer, le cancer est classé stade 3a. Lorsque les ganglions du médiastin sont atteints par les cellules cancéreuses du côté opposé au cancer, il est classé stade 3b. Quand le cancer du poumon envahit les éléments voisins importants (**vertèbres***, **vaisseaux***, **trachée***), il est également classé 3b. Le stade 4 correspond à tous les cas de cancer du poumon avec présence de métastases dans un ou plusieurs organes.

staff : concertation entre les différents professionnels de santé. On parle aussi de colloque.

standard : traitement pour lequel les résultats sont connus et qui est considéré comme bénéfique. Un traitement standard est proposé de façon systématique par le médecin dans une situation donnée. Il peut arriver que le médecin ne puisse pas appliquer le traitement standard du fait de

facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie. Le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation. Voir **option***.

stérile : qui ne contient pas de microbe.

sternum : os plat situé en avant de la cage thoracique.

stéthoscope : instrument qui permet d'entendre le passage de l'air dans les poumons.

substitut nicotinique : produit qui aide à arrêter de fumer. Il peut prendre des formes diverses : patches, gommes à mâcher, etc.

surinfection : nouvelle **infection*** qui se développe chez un patient non encore guéri d'une première infection.

symptôme : manifestation anormale qui peut être ressentie d'une façon différente d'un patient à l'autre (sensation d'étouffement, gêne, douleur, etc.).

T

TEP (tomographie par émission de positons) : examen qui permet d'obtenir d'une manière précise des images des deux poumons et du **médiastin*** en coupes fines. L'image des poumons est visible en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

thermocoagulation : destruction ou coupure d'un **tissu*** grâce à l'effet thermique d'un courant électrique.

thorax : partie supérieure du tronc qui contient le cœur et les poumons.

tissu : ensemble de **cellules*** qui ont une même fonction (tissu musculaire, tissu osseux par exemple).

tomographie par émission de positons : voir **TEP***.

toxicité : propriété dangereuse, voire mortelle d'une substance ou d'un poison.

trachée : conduit qui permet à l'air de descendre jusqu'aux poumons.

traitement général : traitement qui agit sur la tumeur et sur l'ensemble du corps. La **chimiothérapie*** est un traitement du cancer par voie générale.

traitement local /traitement loco-régional : traitement qui consiste à agir directement sur la tumeur dans le poumon. Le but de ce type de traitement est d'éliminer toutes les cellules cancéreuses dans la région de la tumeur. La **chirurgie*** et la **radiothérapie*** sont des traitements loco-régionaux du cancer du poumon.

tumeur : masse de cellules qui forment une boule. Il existe des tumeurs **bénignes*** et des tumeurs **malignes***.

tumeur bénigne : tumeur qui n'est pas cancéreuse.

tumeur maligne : voir **cancer***.

tumorectomie : opération chirurgicale qui consiste à retirer une tumeur au niveau du poumon, en laissant le poumon ou le **lobe*** plus ou moins intacts.

V

vaisseau : conduit destiné à transporter dans l'organisme le sang ou la **lymphe*** (**veine***, **artère***, **vaisseau lymphatique***).

vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la **lymphe***. Les vaisseaux lymphatiques forment avec les **ganglions*** le système lymphatique (voir dessin p. 27).

vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (**artère*** ou **veine***).

vertèbre : chacun des os courts qui constituent la colonne vertébrale.

veine : **vaisseau*** qui ramène le sang vers le cœur.

vitesse de sédimentation (VS) : mesure de la sédimentation des composants du sang, principalement les **globules rouges***, dans un échantillon de sang. Cette mesure augmente en cas d'**infection*** ou de cancer.

voie générale : voir **traitement général***.

Informations pratiques

Les guides SOR SAVOIR PATIENT déjà parus :

- En savoir plus sur le cancer du poumon (2003)
- Comprendre l'ostéosarcome (2003)
- Comprendre la mammographie (2003)
- Comprendre l'échographie mammaire (2003)
- Comprendre la biopsie échoguidée du sein (2003)
- Comprendre la biopsie stéréotaxique du sein (2003)
- Comprendre le repérage mammaire préopératoire (2003)
- Comprendre le cancer du sein (mise à jour 2002)
- Le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (2002)
- Comprendre le cancer de l'ovaire (2002)
- Comprendre le neuroblastome (2001)
- Comprendre le neuroblastome localisé (2001)
- Comprendre le neuroblastome disséminé (2001)
- Comprendre le neuroblastome 4S (2001)



D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont prévus :

- Comprendre la chimiothérapie
- Comprendre la radiothérapie
- Utilisation de la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG) en cancérologie
- Comprendre le cancer de la prostate
- Information des proches
- Comprendre le cancer du rectum
- La prise en charge de la douleur
- Comprendre les démarches sociales en lien avec un cancer
- Comprendre le cancer du côlon
- Comprendre le mélanome
- Comprendre le scanner et l'Imagerie par Résonance Magnétique
- Comprendre la scintigraphie osseuse
- La prise en charge de la fatigue
- Comprendre le gliome

La Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) n'est pas habilitée à recueillir ou à répondre à des questions d'ordre médical.

Pour des questions d'ordre médical, nous vous invitons à vous adresser à l'un des vingt Centres Régionaux de Lutte Contre le Cancer ou à appeler la cellule d'information et de soutien aux malades et à leurs proches « Ecoute Cancer » de la Ligue Nationale contre le Cancer au 0 810 810 821.

Pour des informations complémentaires, vous pouvez consulter les sites internet de la FNCLCC et de la Ligue Nationale contre le Cancer.

Les SOR sont une œuvre collective créée par la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer [FNCLCC] et protégée par les dispositions du Code de la Propriété Intellectuelle. La FNCLCC est par conséquent titulaire du droit d'auteur sur cette œuvre, et est donc notamment investie des droits patrimoniaux sur les SOR. La FNCLCC peut seule décider de l'existence et des modalités de reproduction, publication, traduction ou diffusion des SOR.

Les SOR sont un simple outil d'information et d'aide à la décision destiné aux professionnels de la santé qui ne se substitue pas au jugement clinique du praticien. Il en est fait usage sans préjudice de l'indépendance professionnelle. A ce titre, la FNCLCC n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites du document, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Vous êtes autorisé(e) à utiliser des extraits des SOR pour votre usage personnel non commercial, sous réserve de la citation de la source originelle. Pour toute autre utilisation des SOR, et en particulier pour leur republication ou leur redistribution, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, vous devez obtenir l'autorisation expresse et préalable de la FNCLCC.

OÙ SE PROCURER LES GUIDES SOR SAVOIR PATIENT ?

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles
sur les sites Internet de la FNCLCC

(<http://www.fnclcc.fr>)

et de la Ligue Nationale Contre le Cancer
(<http://www.ligue-cancer.asso.fr>).

Vous pouvez vous les procurer également dans
le Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
le plus proche de chez vous ainsi qu'à la Ligue,
14 rue Corvisart 75013 PARIS.

